



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDADE: INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2013-2014

TRABALLO DE FIN DE MESTRADO

***Vivencias dos profesionais de enfermería na
realización e manexo da inmovilización
terapéutica dentro da súa práctica profesional***

Montserrat Cendán Vérez

22 de xuño do 2014

DIRECTORA DO TRABALLO FIN DE MÁSTER:

Prof. Maria Jesus Movilla Fernández.

INDICE

1. RESUMEN	4
1.1 ABSTRACT	5
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	7
3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE	17
4. HIPÓTESIS	18
5. OBJETIVOS.	19
6. METODOLOGÍA	20
6.1. <i>Encuadre metodológico: Paradigma y tipo de estudio.</i>	20
6.2. <i>Contextualización del investigador.</i>	21
6.3 <i>Escenarios de observación.</i>	21
6.4 <i>Población a estudio y muestreo</i>	22
6.5. <i>Trabajo de campo: técnicas y estrategias de recogida de datos.</i>	24
6.6. <i>Análisis de los datos</i>	27
6.7 <i>Rigor y credibilidad de la investigación</i>	28
7. PLAN DE TRABAJO	29
8. CRONOGRAMA.	30
9. ASPECTOS ÉTICOS	31
10. APLICABILIDAD	32
11. PLAN DE DIFUSIÓN RESULTADOS	33
12. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	34
13. BIBLIOGRAFÍA.	36
14. ANEXOS:	39
ANEXO I: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	39
ANEXO II: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN AL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DE GALICIA	40
ANEXO III: CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO A LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA.	41

<i>ANEXO IV: MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE TIPO OBSERVACIONAL QUE NO EVALUAN MEDICAMENTOS NI PRODUCTOS SANITARIOS</i>	<i>42</i>
<i>ANEXO V: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>46</i>
<i>ANEXO VI: COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL</i>	<i>47</i>
<i>ANEXO VII: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>48</i>

1. RESUMEN

La inmovilización terapéutica se emplea en la práctica asistencial con el objeto de evitar o prevenir situaciones de peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno. Desde el punto de vista ético debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas y deberán respetarse los principios éticos básicos, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como el derecho a la libertad y a la dignidad. Desde un punto de vista legal, las medidas deben aplicarse de acuerdo a la legislación vigente.

Se justifica el uso de inmovilización para dar seguridad a los pacientes más frágiles y así evitar caídas y lesiones, manejo de la agitación, prevenir la interferencia del paciente en los tratamientos, control de las alteraciones de conducta y cognitivas. Algunos autores sugieren que el uso de la contención física y/o mecánica es, a veces, debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad.

Estudios muestran como la inmovilización terapéutica provoca estrés severo, agitación, riesgo de laceraciones, mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas, aislamiento del entorno, posibilidad de muerte por asfixia y otras tantas derivadas de la propia inmovilidad como incontinencia, riesgo de úlceras por presión, mayor porcentaje de infecciones y pérdida de capacidad funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

El objetivo general de este estudio cualitativo de tipo fenomenológico es conocer la percepción personal de los profesionales de enfermería de la práctica asistencial de la inmovilización terapéutica

Palabras clave: agitación, contención verbal, contención mecánica, inmovilización, protocolo, cuidados enfermería, agitación psicomotora.

1.1 ABSTRACT

The therapeutic immobilization is being used in the welfare practice in order to avoid or to anticipate situations of danger of injury to the patient or to other persons of his environment. From the ethical point of view it must be in use as last resource, after there have failed the rest of alternative measurements and there will have to be respected the ethical basic beginning provided that the measurements of containment can damage some of the fundamental rights of the person, as the right to the freedom and to the dignity. From a legal point of view, the measurements must be applied in agreement to the in force legislation.

The use of immobilization justifies itself to give safety to the most fragile and like that patients to avoid falls and injuries, managing of the agitation, to anticipate the interference of the patient in the treatments, control of the alterations of conduct and cognitive. Some authors suggest that the use of the physical and / or mechanical containment is, sometimes, owed more to the convenience of the professional keepers than to therapeutic reasons or of safety.

Studies show as the therapeutic immobilization it provokes severe stress, agitation, risk of lacerations, major proportion of severe secondary accidents falls, isolation of the environment, possibility of death for asphyxiation and some other derivatives of the own immobility as incontinence, risk of sores for pressure, major percentage of infections and loss of functional capacity for the accomplishment of the basic activities of the daily life.

The general aim of this qualitative study is to know the personal perception of the professionals of infirmary of the welfare practice of the therapeutic immobilization.

Keywords: disturbed behaviour, psychologically impaired, verbal control, mechanical control, immobilization, protocol, nursing care, psychomotor agitation.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

Se entiende por inmovilización terapéutica el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno^{1,2}.

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas. En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad^{3,8,17}.

Desde un punto de vista legal, las medidas deben aplicarse de acuerdo a la legislación vigente: leyes generales que regulan el derecho a la información y la titularidad de tal derecho, así como normas básicas propias de las profesiones sanitarias, como el Código Deontológico, sin olvidar la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es decir, no existe una ley que regule específicamente la utilización de las contenciones físicas y/o mecánicas, ni de las farmacológicas, lo que provoca su libre interpretación y uso por parte de profesionales, cuidadores y organizaciones^{4,9}.

El uso de contención física y/mecánica en pacientes que portan mecanismos de monitorización o tratamiento no deben superar los 3-5 días, pues pasado ese tiempo es más que discutido que sea apropiado para el anciano^{4,6}. En estos casos ha de buscarse la alternativa más adecuada, como la alimentación oral frente al aporte intravenoso o enteral, o la retirada de drenajes, sondas vesicales y catéteres si la medicación puede ser aportada por vía oral o intramuscular⁸.

Del mismo modo, todos los profesionales cuidadores pueden aportar alternativas propias para evitar el uso de la contención física y/o mecánica. Y si no existe alternativa posible, por ser esta inefectiva en el sujeto a tratar, utilizar las contenciones de forma adecuada ajustándonos a un protocolo de actuación estandarizado^{1,8}. Este esfuerzo por reducir el uso de la contención tiene un predecesor histórico en el siglo XVIII en Francia, donde el doctor Philippe Pinel fue uno de los primeros en retirar los grilletes a los enfermos mentales en un hospital de París¹⁰.

En la actualidad existen varios proyectos en España que favorecen la supresión de las contenciones, tanto físicas y/o mecánicas, como farmacológicas. Así, en el año 2010 la Confederación Española de Organizaciones de Mayores recibió el Premio Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia, otorgado por el Gobierno de Navarra, por su Proyecto 'Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer'⁸. Este proyecto fue creado en el año 2005 y se corresponde con una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento. En España la iniciativa es absolutamente innovadora, lo que la ha convertido en la única referencia para todos los colectivos interesados, suscitando el interés de participación de organizaciones profesionales, asistenciales y administraciones, que ahora se están tomando más en serio esta práctica.

En la misma línea, el 14 de octubre de 2011 se publicó en el BON (Boletín Oficial de Navarra) el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Esta región es la primera que ha legislado en España el uso de sujeciones, iniciativa que fue premiada por 'Diario Médico' como una de 'Las mejores ideas de la Sanidad del año 2011' en el apartado de Iniciativa Legal, Ética y Deontológica. Este Decreto de Sujeciones (DS) regula, tanto el uso de sujeciones físicas y/o mecánicas, como los

tratamientos farmacológicos en los centros residenciales y de día destinados a personas con alguna discapacidad física y/o psíquica y a la tercera edad. El decreto consta de 5 capítulos, regulando inicialmente el objeto y ámbito de aplicación, definiendo la sujeción física y/o mecánica y farmacológica y estableciendo los principios (dignidad, libertad y autonomía) y derechos (trato digno, valoración individualizada y derecho a la información previa y rechazo a la medida según lo previsto en la legislación vigente) de las personas usuarias sometidas a sujeciones.

Alejandro Vainer, en su artículo *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental*⁹, nos recuerda que los servicios en los hospitales y hasta los propios manicomios pueden llamarse “de Salud Mental”, aunque su trabajo puede ser absolutamente manicomial y muchos dispositivos aunque tengan el barniz progresista con el sello del capitalismo del siglo XXI apuestan a que sólo la medicación será la piedra del cambio, considerando que el resto de los “auxiliares” sólo “entretienen” al paciente con “charlas” (psicoterapias), “talleres” (dispositivos grupales), y otros dispositivos descalificados como “auxiliares”. Mientras, se le administra su “verdadera” terapéutica: la medicación. Todo esto bajo una supuesta científicidad que no la es, ya que no toma en cuenta la verdadera complejidad de las problemáticas del padecimiento subjetivo en su dimensión bio-psico-social. Esta complejidad es la que lleva a que el trabajo genuinamente científico tenga que ser interdisciplinario, en equipos de trabajo organizados para situaciones específicas, con abordajes de distintos profesionales y dispositivos.

En estos momentos los problemas de salud mental, como señala Correa Urquiza¹², viene unido a una curiosa paradoja. Por un lado se desarrollan distintos dispositivos que acercan la atención a la comunidad siendo una alternativa al modelo custodial clásico mientras es necesario un esfuerzo para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan

tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares. Quizá por ello, a lo largo de las dos últimas décadas han ido surgiendo nuevas voces que cuestionan el papel de las políticas estandarizadas en salud mental (Alves 1994, Shera et al. 2003, Amarante 2001 y 2007), que inciden en la idea de que el modelo custodial simplemente ha sido sustituido por una reforma burocrático-administrativa (Szasz 1994) o que aseveran que es necesario ir más allá de las teorías biologicistas y/o psicologistas para rescatar la relación dialéctica que se establece entre afectados, enfermedad y mundo social (Corin 1991, Lewis-Fernández y Kleinman 1995, Leff y Warner 2006, Yang et al. 2007).

En general se puede dividir la atención a la enfermedad mental en las siguientes fases¹¹:

- 1.- Situación del sistema de atención a los trastornos mentales en la primera mitad del s. XX.
- 2.- Primera etapa de transformación de la atención a los trastornos mentales (Protorreforma psiquiátrica e inicio salud Mental Comunitaria) de 1965-1985.
- 3.- Segunda etapa de la transformación de la atención a los trastornos mentales (Ley General de Sanidad) de 1985-2002.
- 4.- Tercera etapa de la transformación de la atención a los trastornos mentales que abarcaría desde el final de las transferencias sanitarias, la promulgación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2002, la Declaración de Helsinki de 2005, el Libro Verde de Salud Mental en el 2006³, el Pacto Europeo de Salud Mental en 2008, hasta el momento actual.

Todos estos documentos ponen de manifiesto una nueva concepción de la atención a la salud mental, desde una “Dimensión Positiva de la Salud Mental” que engloba los siguientes puntos:

- Concepto de bienestar

- Habilidades para adaptarse a la adversidad.
- Resiliencia.
- Capacidad de afrontamiento (Empowerment).

Llevar a cabo una asistencia en salud mental, desde una dimensión positiva, además de ser una acción imprescindible para garantizar una asistencia profesionalizada de calidad, implica promover la autonomía personal, las competencias y habilidades (intelectuales y emocionales), la autoestima, con el propósito de que las persona con problemas de salud mental alcance una vida plena, que le permita disfrutar de las cosas sencillas de la vida cotidiana, satisfacer sus necesidades y dar respuestas a los retos y a las adversidades cotidianas⁹.

Contemplar la personalización de la asistencia (especialmente en las unidades de hospitalización), requiere promover un ambiente terapéutico basado en lo relacional (individual y grupalmente), donde las necesidades de las personas atendidas en ellas, son el núcleo de la atención; así como una dinámica de trabajo que implique activamente a los mismos en sus cuidados, en sus tratamientos y en la organización de la cotidianidad durante su estancia en la mismas.

Desde este punto de vista *la inmovilización terapéutica* sería contraria un ambiente terapéutico, pero entonces ¿por qué se produce? ¿y en qué condiciones continua aplicándose?.

Parece que es una práctica que era habitual cuando las personas eran recluidas en contra de su voluntad en centros donde los derechos habían visto reducidos -si es que no anulados- sus condiciones de ciudadanos libres con derechos y dignidad.

Los dispositivos asistenciales en los que es más frecuente su aplicación son las unidades de psiquiatría y en las distintas unidades de geriatría o de atención directa a pacientes geriátricos o deterioro cognitivo.

Las indicaciones, en general, son²:

- Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

Algunos autores sugieren que el uso de la contención física y/o mecánica es, debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad. El logro de condiciones organizativas, el mantenimiento de entornos sociales cómodos, aliviar problemas de escasez o de formación adecuada del personal dedicado a la atención directa, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos destinados a la atención de estos grupos de personas son en muchas ocasiones las razones reales que llevan al uso de la contención.

Estas justificaciones, son tan reales como graves las posibles consecuencias del uso de la contención física y/o mecánica. En todo tratamiento terapéutico se debe de poner en una balanza los beneficios que se quieren obtener de él comparándolos con los efectos secundarios que se pueden llegar a dar como consecuencia de su uso.

En los distintos protocolos aparecen los siguientes puntos^{2,4}:

- ***Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes:***
 - Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, o fuego).
 - Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

- ***Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte:***
 - Inmovilización de personas fumadores.
 - Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
 - Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
 - Inmovilización a personas que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
 - Inmovilización de personas con deformidades
 - Inmovilización de mujeres embarazadas

En cuanto a los aspectos legales, en general, la inmovilización de una persona en un medio hospitalario concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad.

La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios): “...*Debe pedirse autorización judicial antes de 24h y una comisión judicial valorará al paciente para ratificar o denegar ingreso antes de 72h. Periódicamente y al alta el médico debe informar al juzgado..*” y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización (no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por la persona o la familia, e incluso cuando es la propia persona quien la solicita), debe ponerse en conocimiento del juez.

De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que

considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

En cualquiera de los casos, tanto en instituciones geriátricas, asistenciales sanitarias, de salud mental, se reconocen en sus documentos, los posibles riesgos, pero no ponen medios para evitarlos, salvo la realización de protocolos que cubran su responsabilidad legal pero que dicen muy poco de su calidad de prácticas asistenciales. Por todo esto, distintos colectivos, han decidido cuestionar el calificativo de *terapéuticas* a estas prácticas y solicitar su cese.

La Asociación Bipolar de Madrid, en 2010, planteó una denuncia de carácter institucional ante las autoridades sanitarias en relación a la aplicación de ciertas medidas supuestamente "terapéuticas" en el ámbito hospitalario. En dicha asociación se recogieron varios testimonios que reflejan una realidad en la que la aplicación de contención mecánica a los pacientes bipolares resultaría ser una constante en la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid en donde se efectúan internamientos psiquiátricos. Además, la duración de la aplicación de esta medida se prolonga en ocasiones durante varios días, sin una supervisión y seguimiento adecuados ni tampoco se deja constancia registral de su aplicación en los informes que al alta hospitalaria recibe el usuario una vez concluido el internamiento.

En el caso de las instituciones geriátricas, en la actualidad existen varios proyectos en España que favorecen la supresión de las contenciones, tanto físicas y/o mecánicas, como farmacológicas. Así, en el año 2010 la Confederación Española de Organizaciones de Mayores recibió el Premio Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia, otorgado por el Gobierno de Navarra, por su Proyecto 'Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer'⁸. Este proyecto fue creado en el año 2005 y se corresponde con una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento. En

España la iniciativa es absolutamente innovadora, lo que la ha convertido en la única referencia para todos los colectivos interesados, suscitando el interés de participación de organizaciones profesionales, asistenciales y administraciones, que ahora se están tomando más en serio esta práctica

Todos los artículos y estudios revisados enumeran casi las mismas razones por las que los profesionales cuidadores justifican el uso de la contención física y/o mecánica. La razón principal es la de dar seguridad a los pacientes más frágiles y así evitar caídas y lesiones; la segunda razón es el manejo de la agitación; la tercera, prevenir la interferencia del paciente en los tratamientos o proteger instrumentos de monitorización. El control de las alteraciones de conducta y cognitivas, evitar el vagabundeo y mantener una correcta posición anatómica son otras de las razones que se dan para su aplicación. Algunos autores sugieren que el uso de la contención física y/o mecánica es, a veces, debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad. El logro de metas organizativas, el mantenimiento de entornos sociales cómodos, aliviar problemas de escasez o de formación adecuada del personal dedicado a la atención directa, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos destinados a la atención de estos grupos de personas mayores son en muchas ocasiones las razones reales que llevan al uso de la contención.

Tan reales son estas justificaciones, como graves las posibles consecuencias del uso de la contención física y/o mecánica. En todo tratamiento terapéutico ponemos en una balanza los beneficios que queremos obtener de él comparándolos con los efectos secundarios que se pueden llegar a dar como consecuencia de su uso. No existe ningún estudio que demuestre que las contenciones físicas y/o mecánicas benefician al anciano, pero si existen claros resultados sobre los efectos no deseados de las mismas. Los estudios muestran como el uso de las contenciones físicas y/o mecánicas provocan estrés severo, agitación, riesgo de laceraciones, mayor proporción de accidentes severos

secundarios a caídas, aislamiento del entorno, posibilidad de muerte por asfixia y otras tantas derivadas de la propia inmovilidad del anciano, como son la incontinencia, riesgo de úlceras por presión, mayor porcentaje de infecciones y pérdida de capacidad funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En resumen, deterioramos, más si cabe, a una población frágil en beneficio de las instituciones por carecer de los medios adecuados y necesarios para el cuidado.

Existen diversas alternativas descritas en la bibliografía que pueden contribuir a crear centros residenciales de calidad. Revisando dichas alternativas, encontramos, entre otras, las siguientes medidas a tener en cuenta, tanto por los profesionales cuidadores, como por los directivos. En ancianos confusos y/o agitados, fomentar la compañía y supervisión, disponer de objetos personales, orientar e informar en todo momento al anciano, dejar una luz encendida por la noche, ubicarle lo más cerca posible del control de enfermería, utilizar camas bajas sin barrotes, dejar el timbre a su alcance y todas las que se nos puedan ocurrir para que se sientan seguros, disminuyendo así su estado de ansiedad. En ancianos que tienden al vagabundeo ayudan las actividades físicas, como radio, televisión, música, ejercicio y terapia ocupacional, y contar con brazaletes de identificación, amplios espacios, jardines para pasear, sistemas de alarma en la habitación, puertas de salida solo manipulables por personas con normal situación cognitiva e incentivos que refuercen determinadas conductas.

FORMULACIÓN PREGUNTA A ESTUDIO

¿Cómo vivencian los profesionales de enfermería la realización de una inmovilización terapéutica en su práctica profesional?

3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

1. Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:197-8. Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/el-uso-adecuado-restriccion-fisica-anciano-una-13124861-editoriales-2008?bd=1>
2. Comisión De Las Comunidades Europeas. LIBRO VERDE: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
3. Fernández De Los Ronderos, MA. Problemas prácticos del control Judicial de las intervenciones involuntarias en salud mental. Disponible en:
http://www.faisem.es/ficheros/Problemas_pr%C3%A1cticos_control_judicial_intervenciones_involuntarias_salud_mental.pdf.
4. Fariña E, Camacho AJ, Estévez GJ, Bros M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:262-5. Disponible en:
<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/46>
5. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. España; 2010. Programa desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer: Resumen ejecutivo. Disponible en:
http://www.ceoma.org/pdfs/premios/RESUMEN_DEL_PROYECTO.pdf

4. HIPÓTESIS

Las creencias erróneas respecto a la inmovilización terapéutica de los profesionales de enfermería respecto a su aplicación influye en el mantenimiento de la misma, la retirada tardía y la no búsqueda de alternativas previo a su instauración.

La falta de tiempo, los medios de los que se dispone, en su mayoría poco adecuados o deficitarios y la información sobre la inmovilización son factores que identificarán los profesionales como mayores obstáculos para la aplicación de la inmovilización terapéutica y no retirada de la misma.

Desconocen en su mayoría la potencialidad en la no utilización de la inmovilización, en las alternativas para poder modificar o cambiar las situaciones y no tener que aplicar inmovilización. La autonomía para no verse obligado en la aplicación y, en el caso de tener que aplicarla, la variedad de recursos y razones para poder retirarla a tiempo y antes de lo que suele suceder.

Un mayor conocimiento sobre este tema y la exposición de la importancia de actuar, serán identificados por los profesionales de enfermería como facilitadores.

5. OBJETIVOS.

▪ **Objetivo general:**

- Conocer la percepción personal de los profesionales de enfermería de la práctica asistencial de la inmovilización terapéutica

▪ **Objetivos específicos:**

- Conocer el impacto emocional que tiene, en el personal de enfermería, la inmovilización terapéutica de los pacientes.
- Explorar las motivaciones que subyacen en la aplicación de estas técnicas.
- Analizar qué mecanismos de afrontamiento se ponen en marcha en cada momento.
- Explorar como afecta la aplicación de estas medidas para la relación con la persona a quien se le aplica.
- Explorar como afecta la aplicación de estas medidas en la relación de los distintos miembros del equipo.
- Proponer metodología formativa en habilidades de relación de ayuda a desarrollar para obtener el control emocional necesario.

-

6. METODOLOGÍA

6.1. Encuadre metodológico: Paradigma y tipo de estudio.

Este estudio se realizará con paradigma interpretativo. Es de tipo cualitativo basado en la filosofía fenomenológica, que destaca el énfasis sobre lo individual y la experiencia subjetiva (Bullington y Karlson).

Siguiendo las aportaciones de Spiegelberg (1975):

- 1) Descripción del fenómeno: supone partir de la inmovilización terapéutica y describirla de la manera más libre y rica posible.
- 2) Búsqueda de múltiples perspectivas: reflexionar sobre los acontecimientos, situaciones o fenómenos, obteniendo distintas visiones: investigador, participantes, agentes externos...
- 3) Búsqueda de la esencia y la estructura: el investigador intenta captar las estructuras de la inmovilización terapéutica, establece categorías y las relaciones existentes entre ellas.
- 4) Constitución de la significación, el investigador se centra en cómo se forma la estructura de la inmovilización terapéutica en la consciencia.
- 5) Suspensión de enjuiciamiento: mientras se recoge información, el investigador trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las constricciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir
- 6) Interpretación del fenómeno: trata de extraer de la reflexión, una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

6.2. Contextualización del investigador.

La posición de la investigadora será de observadora no participante, sumergiéndose en el contexto a estudiar, sin partir de ningún esquema preconcebido, con la pretensión de describir los procesos humanos de acorde a las distintas observaciones y comunicar a la comunidad científica dicha experiencia.

6.3 Escenarios de observación.

Se realizará el estudio en los centros asistenciales sanitarios pertenecientes al área de referencia de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de A Coruña.

Figura I: Área de Referencia da XXI de A Coruña.



6.4 Población a estudio y muestreo.

Se realizará un muestreo de conveniencia. El tamaño de la muestra se determinará en base a las necesidades de información, saturación de datos (hasta que se deje de obtener nueva información y ésta comienza a ser redundante). Podrán participar en el estudio todo el personal sanitario que cumpla los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación:

- **Criterios de inclusión:**

- Acceso de forma voluntaria a participar en el estudio.
- Firmar una hoja de consentimiento informado (ANEXO IV) a la que anexaríamos un documento de información al participante en un estudio de investigación (ANEXO V) donde se le explicaría más detalladamente en qué consiste el estudio de investigación que vamos a llevar a cabo,
- Tener experiencia profesional en la realización de inmovilización terapéutica.
- Llevar en la asistencia al menos 1 año de forma continuada con el fin de garantizar un mínimo de exposición al fenómeno a estudio.
- Serán hombres y mujeres, de entre 22 y 65 años de edad, de cualquier nacionalidad.

- **Criterios de exclusión:**

- Aquellas personas que hayan sufrido una inmovilización terapéutica con la intención de evitar que el discurso de los informantes se centrara en la vivencia personal en vez de las experiencias profesionales.
- Trabajadores que se encuentren de baja laboral.

Dada la imposibilidad de definir de manera definitiva la estructura de la muestra antes de recoger e interpretar los datos, únicamente se establece en este momento grupos de informantes flexibles y no determinantes que estarán sujetos a modificaciones e incorporaciones en función de la circularidad del análisis. (Tabla 1: Grupo de informantes)

GRUPO I-A ASISTENCIAL	GRUPO I-B ASISTENCIAL	GRUPO II INSTITUCIONAL
enfermeras fijas >1 año	enfermeras interinas >1 año	supervisoras
4º trimestre 2014	4º trimestre 2014	4º trimestre 2014
1º trimestre 2015	1º trimestre 2015	1º trimestre 2015
2º trimestre 2015	2º trimestre 2015	2º trimestre 2015

Tabla 1: Grupos de informantes

6.5. Trabajo de campo: técnicas y estrategias de recogida de datos.

- **Fase exploratoria:**

Durante esta fase se documentará la realidad que se va a analizar, mediante una búsqueda bibliográfica, actualizada al momento de inicio del estudio y el análisis de los estudios realizados con anterioridad.

- **Fase de "mapeo"/"mapping":**

Consiste en lograr un acercamiento a la realidad social o cultural objeto de estudio. Se traza un mapa o escenario en el que se desarrollará la investigación. Se pretende realizar un cuadro completo de los trazos más relevantes de la situación o fenómeno de análisis.

- **Fase de muestreo:**

Se seleccionan situaciones, eventos, actores, lugares, momentos y temas que serán abordados en primera instancia en la investigación, como criterio los que estean más ligados con la inmovilización terapéutica.

- **Fase de recogida de datos :**

El principio guía del procedimiento de la recogida de datos cualitativos es el de la inspección de primera mano que obliga al investigador a buscar mayor proximidad a la situación, a la involución analítica de su persona con el fenómeno a estudio, a buscar foco descriptivo y a estudiar la conducta rutinaria día sin interferencias ni aislamientos artificiales.

Los aspectos que se tendrán en cuenta durante la fase de recogida son: la definición de la estrategia de muestreo y la selección de los participantes orientándose por los siguientes principios:

- ***Pertinencia***: tiene que ver con la identificación y el alcance del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación.
- ***Adecuación***: significa contar con los datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno, la inmovilización terapéutica, cuando el momento de saturación se alcanzó.
- ***Conveniencia***: se refiere tanto a la elección del lugar, situación o evento que faciliten un labor de registro, sin interferencias; como a la adopción de una alternativa que le permita al investigador situarse socialmente dentro de un grupo, a través de la cual obtenga una comprensión clara de la realidad a estudiar.
- ***Oportunidad***: “estar en el momento justo, en el lugar preciso”
- ***Disponibilidad***, se refiere al acceso libre y permanente a los lugares, situaciones o eventos que demanda la investigación.

De acuerdo con la naturaleza teórica y los objetivos del proyecto se usarán los siguientes recursos para la recogida de datos, los cuales dividiremos en dos bloques:

BLOQUE A.- Recogida de datos cuyo fin es identificar la inmovilización terapéutica:

- a) Observación: los datos cualitativos son recogidos en aquellas situaciones en las que el observador dispone de accesibilidad fácil para su adquisición, sin tener que recurrir a crear o fingir situaciones inexistentes en la realidad, ni a intermediarios.
- b) Entrevista semi-estructurada: los entrevistados serán animados de hablar de sus experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje clínico, usando para ello preguntas abiertas que introduzcan los temas principales de las entrevistas. (ANEXO I)
- c) Lectura de textos.

BLOQUE B.- Recogida de datos para desarrollar recurso pedagógico que dote de recursos a los profesionales de enfermería para evitar el uso de la inmovilización terapéutica y, en caso de tener que emplearla, limitarla al mínimo tiempo posible y necesario.

6.6. Análisis de los datos

El proceso completo de análisis de datos implica:

- *Categorización*: codificar mediante un término o expresión breve, debe ser claros e inequívoco (categoría descriptiva).
- *Estructuración*: síntesis teórica y cómo se evalúa de todo el trabajo. Sigue un movimiento en espiral, del todo a las partes y de las partes al todo, aumentando el nivel de profundidad y comprensión.
- *Contrastación*: comparar y contraponer la conclusiones obtenidas en la recogida con las de otros investigadores para una integración mayor y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos sobre el tema a estudio, en este estudio, la inmovilización terapéutica.
- *Teorización*: o síntesis final , tratando de integrar los resultados de la investigación.

Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis: reducción de datos; presentación de datos y elaboración y verificación de conclusiones,

6.7 Rigor y credibilidad de la investigación

La información y los datos recogidos se realiza por profesionales entrenados previamente, conocedores de los objetivos del estudio. Se emplean los criterios de:

- Credibilidad, que garante la veracidad de los resultados, sustentados en las entrevistas grabadas y transcritas textualmente y en la objetividad del investigador al analizar los datos. Se realizan una descripción detallada del estudio, de la muestra, del análisis. Se tendrán a disposición los datos textuales y el análisis.
- Transferibilidad, se describen objetivamente las características de los participantes para ofrecer la posibilidad de extender los resultados a otros contextos y estudios, donde se realizará una descripción detallada del estudio, de la muestra y del análisis.
- Consistencia, se define por la estabilidad y la replicabilidad de los datos. Se realiza una descripción detallada del estudio, muestra y análisis. Se tendrá a disposición los datos textuales y el análisis.
- Confirmabilidad, el investigador será neutral en la interpretación y análisis de los datos, aunque la neutralidad total del mismo no existe. Se realiza una descripción detallada del estudio y del análisis. Se hará una transcripción textual de los datos.

7. PLAN DE TRABAJO

Septiembre 2014 a Diciembre de 2014:

- Explorar las dimensiones metodológicas y enfoques de investigación que amparen el proyecto.
- Realizar la búsqueda y revisión bibliográfica para establecer el estado de la inmovilización terapéutica.

Enero 2015 a Junio de 2015:

- Recogida de datos del BLOQUE A: de los informantes del GRUPO I-A, GRUPO I-B y GRUPO II.
- Realizar las transcripciones de los datos del período anterior.
- Generar la primera aproximación del análisis de los datos recogidos iniciando el análisis de contenido.

Julio 2015 a Septiembre 2015:

- Recogida de datos del BLOQUE B.
- Realizar la observación del participante.
- Recoger y codificar los documentos generados: notas de campo...

Octubre 2015 a Diciembre 2015:

- Realizar transcripciones de los datos recogidos en periodo anterior.
- Continuar el análisis de contenido de todos los datos recogidos y generados hasta ese momento.

Enero 2016 a Marzo 2016:

- Finalizar el análisis de los datos recogidos e interpretación final.
- Generar un recurso pedagógico que ayude al no empleo de la inmovilización terapéutica y, en caso de emplearla a la reducción al mínimo tiempo posible de la misma, para óptima consecución plan cuidados enfermería y desempeño del rol profesional enfermero.

8. CRONOGRAMA.

Acciones	MESES																	
	2014				2015												2016	
	S e t	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g o	S e t	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b
Búsqueda bibliográfica																		
Planteamiento y redacción del diseño																		
Solicitud de permisos																		
Contacto y selección de participantes																		
Realización y transcripción de entrevistas																		
Lectura de las entrevistas transcritas y demás datos																		
Análisis y procesamiento de los datos recogidos																		
Redacción del informe final																		
Publicación y difusión de los resultados																		

9. ASPECTOS ÉTICOS

Antes de comenzar el estudio se presentará el proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y al Comité Ético de Investigación Clínica de Coruña-Ferrol para solicitar su autorización (ANEXO II).

También se pondrá en conocimiento de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña de la puesta en marcha de este estudio y se solicitará su autorización para poder llevarlo a cabo (ANEXO III).

El proyecto se desarrollará siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (2008), en el Convenio del Consejo de Europa y el Convenio de Oviedo relativos a derechos humanos y biomedicina, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los informantes que formarán parte en la investigación (ANEXO IV).

Los informantes que se vayan a participar en el estudio serán previamente informados, siguiendo la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), mediante un documento de información (ANEXO V).

Todos los registros se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española con la Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre (de Protección de Datos de Carácter Personal) y la Ley 3/2001, de 28 de mayo (reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los pacientes). Además también se registrará por la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 y el Decreto 29/2009 de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la Historia Clínica Electrónica. Para certificar que todo lo dicho anteriormente se cumplirá y se respetará, el investigador firmará el documento de compromiso del investigador principal (ANEXO VI).

10. APLICABILIDAD

Con este estudio se pretende conocer la realidad asistencial con respeto a la inmovilización terapéutica a los pacientes por parte de los profesionales de enfermería, además de poner de manifiesto la situación real del uso de la contención física y/o mecánica en los pacientes o clientes del área Xerencia Xestión Integrada de A Coruña.

De esta manera, se podrá crear un marco ético y legal específico sobre su aplicación, diferenciando debidamente las medidas que se consideran contención de las que no lo son. Así mismo, este estudio contribuirá a que se modifiquen las disposiciones generales que regulan los espacios de aplicación de la práctica asistencial y terapéutica para conseguir un entorno libre de contenciones para los pacientes que están hospitalizados. Además, favorecerá la creación de protocolos estandarizados que sean de obligado cumplimiento en dichos centros, y en caso de existir se actualizarán y adecuarán a las realidades asistenciales del momento.

Es previsible que este proyecto pueda llegar a las pautas necesarias para realizar una modificación o remplazo del consentimiento informado vigente en el centro, reflejando de forma clara y sencilla los pros y los contras de la contención.

Por otro lado, reflejará la necesidad de llevar a cabo programas de formación general dirigidos al equipo interdisciplinar, y específicos para el de enfermería. De este modo, podremos mejorar el protocolo de contención mecánica vigente unificando los criterios de actuación para que esta actividad enfermera, dentro del ámbito asistencial, esté fundamentada científicamente y se continúe investigando sobre buenas prácticas.

11. PLAN DE DIFUSIÓN RESULTADOS

Los resultados de la investigación se publicarán en revistas con factor de impacto, que traten sobre el tema a tratar en el estudio.

- **Revistas internacionales:**
 - “Nursing Outlook” (factor de impacto: 1.522).
 - “Perspectives in Psychiatric Care” (factor de impacto: 1.298).
 - “Journal of Family Nursing” (factor de impacto: 0.955).
- **Revistas nacionales:**
 - “Enfermería clínica”.
 - “Metas de Enfermería”.
 - “Calidad de cuidados”.
 - “Presencia”.

La divulgación de los resultados del estudio se realizará con la presentación en congresos relacionados con esta temática, presentando e comunicación oral o póster.

- **Congresos nacionales:**
 - Congreso anual de la ANESM (Asociación Española de Enfermería en Salud Mental)
 - Congreso nacional de enfermería Sociosanitaria.
 - Congreso SOGALCA (Sociedad Galega de Calidade Asistencial)
- **Congresos internacionales:**
 - Congreso internacional ASPESM (Asociación portuguesa de enfermería de salud mental)
 - Congreso de enfermería clínica alemana

12. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo y puesta en marcha de este estudio son necesarios una serie de recursos:

- **Recursos humanos:** la investigadora principal que pondrá en marcha este estudio, investigador colaborador, los informantes clave, un traductor para la búsqueda de documentación en otros idiomas distintos al español y un transcriptor o administrativo, para la redacción de las entrevistas.
- **Recursos estructurales o infraestructuras:** se consensuará el lugar de desarrollo de las entrevistas con los informantes. Las actividades de recopilación y análisis de los datos, la redacción del trabajo,...y en general las demás actividades que requieran la utilización de ordenadores, se llevarán a cabo en instalaciones de acceso gratuito y con posibilidad de conexión a internet.
- **Recursos inventariables:** el ordenador personal (necesario para poder registrar la información obtenida y elaborar, tanto el diseño como el proyecto final, en formato electrónico), los soportes de almacenamiento masivos, una impresora, una grabadora, una cinta regrabable y el paquete Oppen Office Microsoft.
- **Recursos fungibles:** Material de papelería (bolígrafos, papel, gomas, lápices, sobres, grapadoras, rotuladores, tóner impresora..)
- **Otros gastos:** llamadas telefónicas, acceso a internet, inscripción a congresos, gastos de envío. Además pueden surgir una serie de imprevistos o gastos para los que necesitamos destinar una parte de nuestro presupuesto.

Tabla III: Presupuesto y recursos necesarios

RECURSOS	Nº UNIDADES	PRECIO UNIDAD	TOTAL
Recursos Humanos:			
- Investigador principal	1	0€	0€
- Personal investigador	1	0€	0€
- Traductor	1	20€/h	160€
- Transcriptor	1	20€/h	400€
Recursos Estructurales:			
- Instalación acceso e internet gratuito	1	0€	0€
Recursos Inventariables:			
- Ordenador portátil	1	0€	0€
- Soporte y almacenamiento masivo	1	0€	0€
- Impresora	1	0€	0€
- Grabadora	1	20€	20€
- Cinta regrabable	1	50€	50€
Recursos Fungibles:			
- Material papelería (folios, bolígrafos, lápices, gomas, grapadora, rotuladores, tóner.....)	--	--	340€
Otros Gastos:			
- Llamadas teléfono	--	--	0€
- Congreso, inscripción	1	300€	300€
- Gastos envío	--	--	60€
- Imprevistos	--	--	5%
TOTAL DE GASTOS:			1396,5€

Fuentes de financiamiento posible podrían ser el Fondo de Investigación Sanitaria: Programa Estatal de Fomento de la Investigación Científica y Tecnológica (Ministerio de Economía y Competitividad:

- Subprograma Estatal de Generación de Conocimiento: proyectos de investigación en salud.
- Plataformas de Apoyo a la Investigación en Ciencias y Tecnologías de la Salud.

13. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:197-8. Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/el-uso-adecuado-restriccion-fisica-anciano-una-13124861-editoriales-2008?bd=1>
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados al enfermo con restricciones mecánicas protectoras código: pt-gen-59 Versión:2 Entrada en vigor:1/03/2012 .
3. Comisión De Las Comunidades Europeas. LIBRO VERDE: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
4. Fernández De Los Ronderos, MA. Problemas prácticos del control Judicial de las intervenciones involuntarias en salud mental. Disponible en:
http://www.faisem.es/ficheros/Problemas_pr%C3%A1cticos_control_judicial_intervenciones_involuntarias_salud_mental.pdf.
5. Fariña E, Estévez GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43: 201-7. Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/seccion-clinica-estudio-descriptivo-actitud-familia-uso-13124862-originales-2008?bd=1>.
6. Fariña E, Camacho AJ, Estévez GJ, Bros M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:262-5. Disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/46>

7. Asociación Bipolar de Madrid. Comunicado en contra de la Contención Mecánica durante ingresos psiquiátrico. Julio 2012. Disponible en:
<http://asociacionbipolardemadrid.com/pdf/Comunicados/Comunicado-contra-Contencion-Mecanica.pdf>.
8. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. España; 2010. Programa desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer: Resumen ejecutivo. Disponible en:
http://www.ceoma.org/pdfs/premios/resumendel_proyecto.pdf
9. Vainer, A. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental? Revista Topia. Agosto, 2007. Disponible en:
<http://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>
10. Moreno, A. ¿Ciudadanos de pleno derecho? Revista Atopos. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_06/pleno-derecho.pdf.
11. II Seminario sobre Salud Mental e Intervención Comunitaria "Revisando la idea de locura". Lanzarote 26-28 Septiembre 2012. Disponible en:
<http://es.paperblog.com/revisando-la-idea-de-locura-resumen-de-un-seminario-1498856/>.
12. XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental: "Cuidados en salud mental desde la dimensión positiva" Conclusiones. Logroño, abril 2010.
13. Correa, M. Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura). Tesis Doctoral UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. ISBN:978-84-693-1537-8/DL:T-643-2010. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>

14. Ortega, C. El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2002;10 (3): 88-89.
15. Daza CR; Torres PA; Prieto RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Revista Index de Enfermería* 2005; 14 (48-49): 18-22.
16. Aguilar HR. Relación enfermera paciente, un enfoque de calidad. *Desarrollo científico de enfermería* 2005; 13 (8): 234-239.
17. Queiróz AA. *Empatía e Respeito*. 2 ed. Coimbra: Editora Ariane; 2004.
18. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano*. Traducción de Juan Valverde. Madrid: Trotta; 2002.
19. Desviat, M. *Salud Pública y Psiquiatría*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2001, vol XXI, n.o 77, pp. 125-133.
20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a09.pdf>.
21. De la Cuesta, BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería* 2007; 25 (1): 106-112.
22. Pérez Serrano, G. (2002): *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla S.A.
23. Benoliel Quint J. (1996) *Grounded Theory and Nursing Knowledge*. *Qualitative Health Research*. 6, 3, pp. 368-378.
24. Bryman, A. and Burgess R, G. (1994). *Developments in Qualitative Data Analysis*. In A. Bryman & G. Burgess R (eds). *Analyzing Qualitative data* (pp. 1-17). London: Routledge.
25. Burns N, Grove S. *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier, 2006: 20-35.
26. Charmaz, K. (1999) *Stories of suffering: Subjects' stories and research narratives*. *Qualitative Health Research*, 9: 362-382.
27. Field P, A. and Morse J, M. (1985). *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. London: Croom Helm.
28. Swanson J, y Chenitz W, C. (1982). *Why Qualitative Research in Nursing?* *Nursing Outlook*. 30 (4):241-245.

14. ANEXOS:

ANEXO I: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Como profesional, ¿Cuál es su experiencia en cuanto a la inmovilización terapéutica?
2. ¿Cómo valora su área respecto a la inmovilización terapéutica? ¿Considera que la institución en la que actualmente trabaja aporta los protocolos, guías de actuación clínica para la consecución o eliminación de la misma?
3. ¿Ha tenido oportunidad de acceder a otras alternativas previo a la utilización de la inmovilización terapéutica?
4. ¿Le genera preocupación o inquietud profesional y se documenta sobre este tema? ¿Ha asistido últimamente a algún curso o congreso? ¿Qué le han aportado?
5. ¿Existe material escrito o audiovisual, educativo o informativo, dentro de la institución, relacionados con el tema de inmovilización terapéutica, disponible para el personal? ¿Considera que responde a las necesidades?
6. ¿Considera que la institución en la que actualmente trabaja aporta los servicios orientados específicamente a la relación ayuda y manejo de paciente con alteración cognitiva?
7. ¿Conocen otro tipo de recursos que puedan apoyar o dar soporte al no empleo y uso de inmovilización terapéutica o contención?
8. En su trayectoria profesional, ¿ha tenido experiencia en algún caso de inmovilización terapéutica? ¿Cómo ha sido?
9. ¿Quiere matizar algo sobre este tema o aportar algún dato de interés?
10. ¿Cuál cree que son las barreras dentro de su institución para implementar un plan de no uso de inmovilización terapéutica?

ANEXO II: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN AL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dña. Montserrat Cendán Vérez

Con teléfono de contacto: 666730551

Correo-e: m.cendan@udc.es

Dirección postal: C/ Orzán nº66, piso 3º. CP:15003. A Coruña

SOLICITA la evaluación por parte del Comité de:

Del estudio:

Título: “Vivencias de los profesionales de enfermería en la realización y manejo de la inmovilización terapéutica dentro de su práctica profesional”

Investigador/a principal: Montserrat Cendán Vérez.

No comercial (confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según el art. 57 de la Ley 16/2008, de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOGA de 31 de diciembre de 2008).

Tipo de estudio:

Ensayo clínico con medicamentos

CEIC de Referencia:

Ensayo clínico con productos sanitarios

EPA-SP (estudio post-autorización con medicamentos seguimiento prospectivo)

Otros estudios no incluidos en las categorías anteriores

Junto se acerca la documentación necesaria en base a los requisitos que figuran en la web del CEIC de Galicia.

En A Coruña, a.....de.....de 20..

Asdo:

ANEXO III: CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO A LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA.

Estimado Dector/a de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña,

Montserrat Cendán Vérez, enfermera, en calidad de investigadora responsable del proyecto “*Vivencias de los profesionales de enfermería en la realización y manejo de la inmovilización terapéutica dentro de su práctica profesional*”, solicita permiso para acceder a la información necesaria para la realización del estudio de investigación, siempre respetando la protección y confidencialidad de los datos al igual que la intimidad del participante o informante, respetando su voluntad y con derecho a abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación.

El informe del CEIC de Galicia ha sido solicitado y será enviado tan pronto nos sea notificado.

En A Coruña, a.....de.....de 20... .

Asdo: Montserrat Cendán Vérez

ANEXO IV: MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN DE TIPO OBSERVACIONAL QUE NO EVALUAN MEDICAMENTOS NI PRODUCTOS SANITARIOS

TÍTULO:

“Vivencias de los profesionales de enfermería en la realización y manejo de la inmovilización terapéutica dentro de su práctica profesional”

INVESTIGADOR:

Montserrat Cendán Vérez, enfermera, máster en investigación sanitaria, y trabajadora de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en la Facultad de Ciencias da Saúde da Universidade de A Coruña y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Vd. puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Vd. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Identificar las barreras que los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario se imponen para la aplicación y manejo de la inmovilización terapéutica, y mismo tiempo los facilitadores que les permiten superar estas barreras de aplicación y afianzarse.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación en la cumplimentación del cuestionario, tendrá una duración total estimada de una hora.

El promotor o el investigador pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos de estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

No supone ningún inconveniente en el participante de estudio.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, los representantes del promotor y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con las muestras obtenidas?

Sus muestras y los datos asociados serán guardados de forma anónima, que quiere decir que se recogen sin ningún dato que pueda conducir a la identificación del participante.

El responsable de la custodia de las muestras es Montserrat Cendán Vérez, y serán almacenadas en la Facultad de Ciencias da Saúde de A Coruña, Universidad de la Coruña, durante el tiempo necesario para terminar el estudio.

Al acabar el estudio, las muestras serán anonimizadas y conservadas.

Si Vd. accede, estas muestras serán conservadas para futuros estudios de investigación relacionados con el presente, con el mismo responsable y lugar, durante 1 año y de manera anónima.

Estos estudios deberán ser aprobados por un Comité de Ética de la Investigación oficialmente acreditado para su realización.

¿Qué ocurrirá si hay alguna consecuencia negativa de la participación?

La posibilidad de daños derivados por la participación está cubierta por el promotor con la subscripción de un seguro de responsabilidad civil. En todo caso, se pondrán todos los medios necesarios para eliminar o minimizar los daños provocados por la participación.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación es promovida por el investigador con fondos aportados por el investigador.

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Vd. no será retribuido por participar. Aun así, el promotor le reintegrará los gastos de desplazamiento o comidas cuando se produzcan como consecuencia de la participación en el estudio.

Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, Vd. no participará de los beneficios económicos originados.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con el investigador en la Facultad de Ciencias da Saúde de A Coruña.

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO V: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título: *“Vivencias de los profesionales de enfermería en la realización y manejo de la inmovilización terapéutica dentro de su práctica profesional”*

Yo, (nombre y apellidos)

-Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Montserrat Cendán Vérez y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias - para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio - Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos - Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante - Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos y/o muestras detallada en la hoja de información al participante, NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.

Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre cuando sea imposible, mismo para los investigadores, identificarlos por ningún medio.

SI accedo que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas

DESEO conocer los resultados de la investigación

NO DESEO conocer los resultados de la investigación

Asdo: El/ la participante

Asdo: La investigadora

Data:

Data:

Versión, data

ANEXO VI: COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dña. Montserrat Cendán Vérez

Centro: Facultad de Ciencias da Saúde de A Coruña

Hace constar: Que conoce el protocolo del estudio

TÍTULO: *Vivencias de los profesionales de enfermería en la realización y manejo de la inmovilización terapéutica dentro de su práctica profesional*”

Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación

Que participara como investigador principal en el mismo

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas

Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia en todos sus puntos, así como a las sucesivas modificaciones autorizadas por este último

Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular a la Declaración de Helsinki y al Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización

Que notificará, en colaboración con el promotor, al CEIC que aprobó el estudio datos sobre el estado del mismo con una periodicidad mínima anual hasta su finalización

Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En A Coruña, a de de

ANEXO VII: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- **PUBMED**

Data de consulta: 10/03/2014

("Physical contention"[Mesh]) AND "nursing care"[Mesh]

Límites: 5 años. Publicados en inglés, castellano y portugués. Clinical trial, Review. Resultados: 10

("Psicomotor agitation" "[Mesh]) AND "nursing care"[Mesh])

Límites: 5 años. Publicados en inglés, castellano y portugués. Clinical trial, review. Resultados: 34.

- **COCHRANE**

Data de consulta: 12/03/2014

"Nursing care"

Límites: artículos publicados entre 2009-2014, resultados: 2 en español y en inglés 146.

(nursing care) AND ("psicomotor agitation") OR (physical contention):TA

Límites: artículos publicados entre 2009-2014, resultados 0.

- **CINAHL**

Data de consulta: 18/03/2014

"Nursing care"

Límites: Limitado por: Year posterior a 2009 y Year anterior a 2014 y Material Type "TEXTO IMPRESO" y Encontrados 31 resultados.

- **PÁGINAS WEB:**

- ANESM: www.anesm.com.es/
- Confederación Española de Organización Mayores:
<http://www.ceoma.org>
- Asociación Bipolar de Madrid:
<http://asociacionbipolardemadrid.com>

- **REVISTAS ELECTRÓNICAS:**

- Revista Española de Geriatría y Gerontología:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia>
- Revista Topia:
<http://www.topia.com.ar>
- Revista Atopos: <http://www.atopos.es>