

Belén Moya Gonzalvo

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO SOBRE EL USO
DE LA CONTENCIÓN DENTRO DE LAS INSTITUCIONES,
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por:

Dra. Georgina Casanova



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Tortosa, 2020/2021

SOLICITUD DE DEFENSA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO

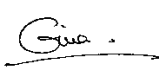
DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos: Belén Moya Gonzalvo	
DNI: 39923869D	Dirección: C/Ángel Guimerà núm. 14
Código postal: 43480	Población: Vila-seca
Tel. Móvil: 622303362	Dirección electrónica URV: belen.moya@estudiants.urv.cat

EXPONGO
Que he finalizado el proceso de elaboración de mi Trabajo de Fin de Grado titulado: Percepción del paciente psiquiátrico sobre el uso de la contención dentro de las instituciones, una revisión sistemática.
Que tengo la autorización de la tutora de mi Trabajo de Fin de Grado: Dra. Georgina Casanova.
Y estoy a disposición de efectuar su defensa.

SOLICITO
Que sea aceptada a trámite la defensa de mi Trabajo de Fin de Grado, por lo cual adjunto a esta solicitud dos ejemplares del Informe Final.

En Belén Moya Gonzalvo, de junio de 2021



EL/LA TUTOR/A:
Doy el visto bueno a esta solicitud de Defensa del Trabajo de Fin de Grado.
Martes, 18 de mayo de 2021.


"No se pasa de lo posible a lo real, sino de lo imposible a lo verdadero"

María Zambrano

AGRADECIMIENTOS

Después de un intenso período de ocho meses, entre pandemia, cuarentenas, algo de caos y malas noticias, ha llegado el final de esta aventura, y nada mejor que aprovechar este espacio para dar las gracias.

Gracias a la docencia, incluyendo a todos los profesores que me han enseñado a lo largo de estos años, por haber fomentado el desarrollo de mi curiosidad y haberme ayudado a llegar tan lejos.

También quiero agradecer a aquellos que me han formado como profesional y como persona, por su paciencia y por ayudarme a obtener esas capacidades que no están en los libros. Me llevo un cachito de cada uno para ser la enfermera que siempre he querido ser.

A la Dra. Georgina Casanova, gracias, no solo por guiarme en la elaboración de este trabajo de fin de grado, sino por su tiempo y dedicación, por haberme transmitido su pasión por el cuidado desde el primer día, y sobre todo por su entrega a lo que hace, es un placer recibir de alguien que tiene tanto que dar.

También me gustaría agradecerle a mi familia, siempre tan incondicional. Mamá, por alimentar mi cuerpo y mi mente. Sergio, por creer en mí, resistir a mis días malos y cuidarme más que yo misma. Sandra, por ser mi referente y la unión de esta familia. Por último, a mi hermano Ismael, alias Michael, por demostrarnos a todos que nada es imposible, que el valor nos da la fuerza y que con ganas y esperanza todo se consigue.

Para acabar, a mi grupo de amigas "XP". No solo han estado ahí para apoyarme en los momentos difíciles, sino que también me han permitido desconectar para olvidarme de todo y coger aire para continuar.

¡Gracias a todos!

RESUMEN

Introducción: la atención en psiquiatría incluye métodos coercitivos con una alta incidencia de uso en las instituciones, que además de vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, dejan dudas sobre su efectividad terapéutica. Para poder comprender esta práctica clínica y promover su eliminación, o al menos reducción, deberíamos tener en cuenta las voces de los usuarios y del personal que lo emplea. Para ello se abordó el tema desde las perspectivas personales de los pacientes, al ser los mayores afectados durante el proceso.

Objetivo: Conocer la percepción del paciente con trastorno mental cuando se le aplica un método de contención en un estado de agitación psicomotriz.

Metodología: se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinahl y Web of Science. Se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA y se aplicaron los criterios de calidad CASPe.

Resultados: según los criterios de selección establecidos, se seleccionaron 21 estudios cualitativos con una calidad >94% basada en el cuestionario Caspe. Los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes experimentaban de manera negativa el uso de medidas coercitivas. Se demostró la importancia de una buena relación terapéutica y habilidades comunicativas para tratar a los pacientes, que se sentían incomprendidos y rechazados, en un ambiente con relaciones de poder y una cultura paternalista todavía arraigados. El personal se sintió inseguro y carecía de alternativas, por lo que no respaldaron un sistema sin medidas de contención. Existen alternativas a la coerción, pero llenas de dudas y con conceptos poco claros.

Conclusión: Los resultados de esta revisión se suman al conocimiento existente y pretenden dar iniciativa a otros estudios relacionados para alcanzar el objetivo de eliminación o reducción de la coerción. Es necesaria más educación e investigaciones futuras sobre alternativas eficaces para dar seguridad al personal y empoderar a los pacientes en su autocuidado.

Palabras clave: *percepción, percepción del paciente, perspectiva del paciente, experiencia del paciente, inmovilización, aislamiento, restricción, coerción, trastorno mental, enfermedad mental, psiquiátrico.*

ABSTRACT

Background: Psychiatric care includes coercive methods with a high incidence of use in institutions, which in addition to violating some of the fundamental rights of the person, leave doubts about their therapeutic effectiveness. To understand this clinical practice and promote its elimination, or at least reduction, we should consider the voices of the users and the personnel who use it. For this, the issue was approached from the personal perspectives of the patients, as they were the most affected during the process.

Objective: to know the perception of the patient with mental disorder when a containment method is applied in a state of psychomotor agitation.

Methods: a systematic review of the literature was carried out in the Pubmed, Scopus, Cinahl and Web of Science databases. The search guidelines according to the PRISMA Statement were followed and the CASPe quality criteria were applied.

Results: According to the established selection criteria, 21 qualitative studies with a quality > 94% were selected based on the Caspe questionnaire. The results indicated that most patients negatively experienced the use of coercive measures. The importance of a good therapeutic relationship and communication skills was demonstrated to treat patients, who felt misunderstood and rejected, in an environment with still ingrained power relations and a paternalistic culture. Staff felt insecure and lacked alternatives, so they did not support a system without containment measures. There are alternatives to coercion, but full of doubts and with unclear concepts.

Conclusion: The results of this review add to existing knowledge and are intended to initiate other related studies to achieve the goal of eliminating or reducing coercion. More education and future research are needed on effective alternatives to reassure staff and empower patients in their self-care.

Keywords: *perception, patient perception, patient perspective, patient experience, immobilization, seclusion, restraint, coercion, mental disorder, psychiatric, mental illness.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Presentación del problema a estudiar	9
1.2. Pregunta de investigación	10
2. MARCO CONCEPTUAL	11
2.1. Antecedentes históricos	11
2.2. Incidencia de las contenciones en instituciones psiquiátricas	11
2.3. Medidas de contención	12
2.3.1. Agitación psicomotriz	12
2.3.2. Contención verbal	13
2.3.3. Contención química	13
2.3.4. Aislamiento	13
2.3.5. Contención mecánica	14
2.4. Ley que regula las contenciones	14
2.5. Protocolos de contención mecánica	16
2.6. Rol de la enfermera en la salud mental	17
2.7. El tema en la actualidad	18
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. METODOLOGÍA	19
4.1. Diseño de estudio	19
4.2. Estrategia de búsqueda	20
5. RESULTADOS	24
5.1. Diagrama de flujo	25
5.2. Tabla de descripción de los artículos	26
6. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS	37
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	39
8. CONCLUSIONES	48
9. LIMITACIONES	49
10. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	49
11. BIBLIOGRAFÍA	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios FINER.....	10
Tabla 2. Palabras clave y operadores booleanos.	21
Tabla 3. Estrategia de búsqueda en PubMed.....	22
Tabla 4. Estrategia de búsqueda en Web of Science.	22
Tabla 5. Estrategia de búsqueda en Scopus.....	23
Tabla 6. Estrategia de búsqueda en CINAHL.	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1.....	24
Ilustración 2.....	37
Ilustración 3.....	38

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO SOBRE EL USO DE LA CONTENCIÓN DENTRO DE LAS INSTITUCIONES, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación del problema a estudiar

A lo largo de los años la atención a la psiquiatría ha ido cambiando, pero siguen existiendo en la práctica clínica diaria actitudes y técnicas coercitivas como la contención o el aislamiento, causantes de polémicas y debates desde hace algunos años, por su uso excesivamente frecuente y deliberado además de vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como la libertad, la dignidad y la autonomía personal (1).

En este caso nos centraremos en la contención del paciente psiquiátrico en un estado de agitación psicomotriz dentro de las instituciones psiquiátricas, ya que su uso también se da en geriátricos, UCI, pediatría, entre otros.

Para poder comprender esta práctica clínica y promover su eliminación, o al menos reducción, deberíamos tener en cuenta las voces de los usuarios y del personal sanitario que lo emplea. Para ello se abordó el tema desde las perspectivas personales de los pacientes, al ser los mayores afectados durante el proceso (2,3).

Conseguir la eliminación de las contenciones es un proceso difícil, ya que entre el personal sanitario existe cierta inclinación a justificar estas medidas como inevitables. Podría deberse a una falta de formación y educación de las cuestiones ética que rodean a esta práctica, o a una falta de conocimientos sobre los medios alternativos. Además, la contención carece de evidencia científica sobre la eficacia ante la agresividad del paciente y la mejora terapéutica, aun así, es un método muy usado en unidades psiquiátricas. Esta falta de evidencia levanta movimientos como el de la contención 0 (4).

En la mayoría de los casos de agitación hay una serie de signos de alarma o situaciones previas que generan el estallido, discursos desproporcionados, insultos, gestos agresivos, etc. Por lo tanto, si pudiéramos abordar el problema previamente a la agitación, probablemente podríamos evitarla, pero no se sabe exactamente cómo actuar, qué decir o cómo decirlo, recurriendo a medidas químicas o a la contención. Así pues, sería beneficioso enseñar medidas de contención verbal, psicoterapia o alternativas eficaces que eviten la contención al igual que un trabajo en equipo con los distintos profesionales del equipo multidisciplinar de la institución,

todo ello basado en la evidencia de las prácticas reales diarias dentro de estas instituciones, convirtiéndolo en protocolos factibles (5).

Así bien, el objetivo de la presente revisión sistemática de estudios cualitativos fue conocer la percepción de las personas con un diagnóstico psiquiátrico ante las contenciones que les emplean.

1.2. Pregunta de investigación

Para formular la pregunta de investigación se siguieron los criterios FINER (6), ya que son una buena estrategia para evaluarla. Se trata de responder a una pregunta que sea factible, interesante, novedosa, ética y relevante para la ciencia, las políticas sanitarias y para la práctica clínica. Por lo tanto, la pregunta fue:

¿Cuál es la percepción del paciente con trastorno mental ante la contención en un estado de agitación psicomotriz?

Tabla 1. Criterios FINER.

COMPONENTE	ESTRATEGIA PARA EVALUAR
<i>¿Es factible la investigación?</i>	Sí, se buscaron resultados comunes de investigaciones empíricas ya realizadas.
<i>¿Es interesante?</i>	Sí, tanto para el investigador como para la comunidad.
<i>¿Es novedosa?</i>	Sí, la literatura es actual e indica que el tema está en estudio. Ofrece líneas de investigación futura.
<i>¿Es una investigación ética?</i>	Sí, ya que es una revisión bibliográfica.
<i>¿Es relevante para el conocimiento científico o futuras investigaciones?</i>	Sí, puede ayudar a mejorar la calidad asistencial de la población de estudio y el abordaje terapéutico. Hay que hacer hincapié para futuras investigaciones.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes históricos

Si miramos atrás, las alteraciones mentales se consideraban desde debilidades del sistema nervioso que se curaban con lavados de jabón o vinagre, hasta exorcismos o posesiones demoníacas tratadas por curas.

En el siglo XIII, el Dr. Philippe Pinel, promueve la humanización del trato hacia los "alienados", así llamados entonces, eliminando su encadenamiento. Consideraba posible la recuperación de gran parte de "alienados" a partir del tratamiento moral (7).

Durante el Siglo XIX, los psiquiatras establecieron dentro de las instituciones reglas y roles autoritarios y disciplinarios para evitar la desobediencia, creando dudas en la diferencia entre castigo o terapia. Se empleaban diversas maneras de atar, entre otros, el látigo, cadenas, grilletes, la máscara de cuero; más tarde se inventó la camisa de fuerza, las correas, tratamientos con electricidad, curas de hambre, de sueño o baños de sofoco (8).

Diferentes psiquiatras y neurólogos siguieron haciendo estudios y sometiendo a pacientes mentales a diferentes terapias para ampliar poco a poco los conocimientos del gran desconocido cerebro.

En el siglo XX, David Cooper pone nombre a un movimiento revolucionario en el campo de la salud mental, la antipsiquiatría, que surge como réplica a métodos terapéuticos agresivos, como el electroshock o la lobotomía, consiguiendo la eliminación de gran parte de estos tratamientos y la integración de los enfermos mentales en ambientes sociales como un camino hacia su "normalización". Este fenómeno fue conocido como "desinstitucionalización" (7,8).

Gracias a este movimiento a partir de los 60 se cerraron la mayoría de antiguos manicomios en occidente, quedando Unidades Hospitalarias de Procesos Agudos y reservando las estancias en Unidades de Crónicos, o larga estancia, solo en aquellos casos de muy difícil integración o sin un soporte social adecuado (9).

2.2. Incidencia de las contenciones en instituciones psiquiátricas

A nivel europeo, Finlandia cuenta con un programa de reducción de contenciones, efectivo un 40%, al igual que Holanda, que aplica estándares de calidad nacionales para su reducción. Islandia, por el contrario, las tiene totalmente prohibidas y Reino Unido no las utiliza en unidades de agudos. A su vez Alemania cuenta con una base de datos sobre el uso de las medidas

coercitivas (10). Por lo tanto, las experiencias de países vecinos nos muestran cómo es posible una atención de calidad e intervenciones sin coerción.

En Cataluña también cuentan con indicadores de evaluación de los cuidados enfermeros, desde el Consejo de Enfermería del 2014 y 2018 (11,12), se habla de indicadores tanto de la tasa como del porcentaje de pacientes con contenciones físicas que tienen consentimiento informado o registro en su historia clínica, o a los que se les aplica un protocolo y registro de seguimiento. Pero en dicho documento no se consideran los indicadores de dos ámbitos relevantes para la salud de la población como lo son la salud mental y la atención materno infantil. Por lo tanto, una vez más, la salud mental queda aislada.

En 2005, el proyecto europeo EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción en Psiquiatría y Armonización de la Mejora de la Práctica Clínica), quería estudiar el porcentaje de pacientes que precisaban medidas coercitivas y analizar las variaciones nacionales en el tratamiento psiquiátrico coercitivo dentro de la región europea. Los resultados publicados en el 2010 (13), indican que un 38% de los pacientes había requerido medidas coercitivas. En España el 21% de los pacientes en aquel momento ingresados en las salas de psiquiatría recibieron algún tipo de medida coercitiva.

Así bien, los datos con los que contamos son insuficientes y poco concluyentes, variando en función de la población de estudio, el país o la medida de recolección de datos.

2.3. Medidas de contención

Las medidas de coerción engloban la contención verbal, la contención química, el aislamiento y la contención mecánica. La coerción según la RAE (14) se define como la “Presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta.”

2.3.1. Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz es un síndrome que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico, manifestado por un estado de fuerte tensión en el área motora, acompañada de una gran ansiedad con una perturbación grave del individuo. Su intensidad puede ir desde una inquietud leve hasta una agitación extrema que puede suponer una situación de emergencia, por presencia de autoagresión o heteroagresión. Dicha situación requerirá volver al estado normal y sosegado mediante intervención verbal, contención farmacológica y en último caso aislamiento o contención mecánica (12,13).

2.3.2. Contención verbal

Constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente. El objetivo es disminuir la hostilidad y/o agresividad y lograr establecer un pacto con el paciente. Para ello se debe hacer un acompañamiento individual al/a la paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad. Se le ha de transmitir, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarle (15). Esta medida está indicada en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada, y puede ser adoptada por cualquier miembro del equipo profesional que esté presente en ese momento, teniendo en cuenta la relación terapéutica establecida, ya que será un factor beneficioso para su éxito.

2.3.3. Contención química

Las medidas de contención químicas o farmacológicas se aplican cuando las medidas de contención verbal no han sido efectivas para controlar el estado del paciente. El objetivo es controlar la conducta evitando lesiones, nunca una sedación profunda, sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación generada, disminuyendo la ansiedad y la agresividad (16).

La elección del fármaco y la vía de administración dependerá del grado de agitación, del diagnóstico del paciente y de su historia clínica. Los más utilizados suelen ser ansiolíticos, neurolépticos o benzodiacepinas, que se administran por vía oral o intramuscular (3). Hay que tener especial cuidado con las benzodiacepinas, ya que pueden deprimir el sistema respiratorio e interactuar con la medicación de base, tener siempre en cuenta los antecedentes e historia clínica del paciente, así como controlar estrictamente las constantes vitales (15,16).

2.3.4. Aislamiento

Esta es una medida de restricción ambiental mediante la reclusión de la persona en un lugar sin estímulos, un buen confort, seguridad, vigilancia y una duración conveniente, del que no podrá salir libremente. Debemos dejar claros los objetivos de su uso, pactando con la persona tiempos y condiciones para finalizarlo cuando se cumplan. Con el aislamiento podemos evitar el uso de la fuerza y de la contención mecánica, pero bajo ningún concepto se entenderá el aislamiento como un castigo, sino como un remedio a una situación potencialmente peligrosa, actuando en todo momento con respeto hacia los derechos fundamentales del paciente (15).

2.3.5. Contención mecánica

En el diccionario de la Real Academia Española, el término contención es definido como “Acción y efecto de contener (sujetar el movimiento de un cuerpo)” (17). Entre las medidas físicas encontramos dispositivos como muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales (3). Su objetivo es restringir el movimiento de una parte del cuerpo del paciente o de su totalidad, con el fin de evitar situaciones que pongan en peligro al mismo paciente o a otras personas. Debe de ser el último recurso a utilizar y solo cuando la contención verbal, el tratamiento farmacológico o el aislamiento no hayan sido efectivo (15).

2.4. Ley que regula las contenciones

Desafortunadamente no existe un marco legal bien definido y estructurado que contemple directamente y de forma específica la actuación y características de los ingresos psiquiátricos y de la salud mental en España.

No obstante, sí disponemos de un marco normativo amplio y algunas leyes sobre las que se asienta la práctica clínica habitual. Estas normas y leyes engloban desde los derechos que recoge la Constitución Española (18) hasta declaraciones de principios, derechos humanos, la Ley de Autonomía del Paciente (19), Ley de Enjuiciamiento Civil (20), leyes del personal sanitario, leyes de igualdad, entre otras, dirigidas a la humanización de la asistencia sanitaria.

Respecto a las medidas de contención de movimientos, que son necesarias pautar en ocasiones excepcionales, están reguladas según las leyes generales de Sanidad y de autonomía del paciente (19) sin referir una legislación específica. La normativa, legislación y referencias vigentes que sostienen, regulan y promueven los planes de humanización en la asistencia sanitaria engloban aspectos éticos, derechos fundamentales como igualdad, justicia y salud, leyes y normas referidas a estos derechos y Declaraciones de Asociaciones Internacionales representativas.

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas** de 1948 (21).
- **Constitución Española de 1978** (artículo 1, derechos fundamentales de libertad, justicia e igualdad; artículo 10, derecho a la dignidad de la persona y artículo 43, derecho de los ciudadanos a la protección de la salud (18)).
- **Ley General de Sanidad** (19) (artículo 20, integra la salud mental en el sistema sanitario y equipara los derechos de las personas con problemas de salud mental con los del resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud, sustituye instituciones manicomiales por

Unidades de Hospitalización de Hospitales Generales y aplica el modelo comunitario a la atención ambulatoria).

- **Ley de Autonomía del Paciente** (19).
- **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** (19).

La ley contempla que la contención mecánica debe aplicarse solamente cuando no hay más intervenciones posibles, ante una agitación que supone una amenaza, pero en nuestro país no existen unas recomendaciones institucionales estatales, sino que, al contrario, podemos encontrar multitud de protocolos elaborados por numerosos centros sanitarios y sociedades científicas, con importantes diferencias en las opciones (3,22).

Sí que debemos hacer referencia a algún documento de ámbito estatal como la reciente Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "Contención mecánica de pacientes" (23), elaborada en 2015, en la que se recogen una serie de directrices médico-legales y ético-deontológicas, como la necesidad imprescindible de adoptar un protocolo de aplicación allí donde se utilice la sujeción mecánica que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso.

Las contenciones mecánicas son pautadas por los facultativos, no obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible, aunque deben estar reevaluadas antes de una hora por un facultativo (24).

Por otro lado, hay que tener en cuenta los **principios de la bioética** ya que no queda claro su cumplimiento durante las medidas de contención (3).

- Beneficencia (no solo se ha de proteger al paciente, sino también garantizar su bienestar).
- No maleficencia (prevenir el daño físico, mental, social o psicológico).
- Justicia (exige tratar con igualdad, una contención no puede ser nunca una causa de discriminación de la persona por parte del personal de salud).
- Autonomía (autocuidado, información y respeto).

No obstante, aun siendo una privatización de los derechos, hay situaciones excepcionales en las que estas medidas deben ser tomadas sin el consentimiento del paciente, ya sea por riesgo vital

del propio paciente o de los demás, para tratar el trastorno, ya que de no hacerlo conllevaría un riesgo gravemente perjudicial para su salud, como así lo menciona el Convenio de Oviedo en su Artículo 7 (25). Por lo tanto, hay una fina línea que separa entre favorecer el derecho a la protección de la salud desde el principio de beneficencia y no maleficencia en casos excepcionales, o hacerlo de forma rutinaria. De ahí la importancia de tener en cuenta la bioética y de saber que opinan los afectados sobre estas medidas coercitivas, al igual que opina Sergio Ramos Pozón en su libro “Bioética, una reflexión necesaria para las decisiones que más importan” (16), donde integra muy bien el concepto y su importancia.

2.5. Protocolos de contención mecánica

La persona que precisa una contención presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia, motivo por el cual requerirá una atención integral y una supervisión mucho más frecuente que una persona que no necesita contención, por parte de los profesionales sanitarios. Las contenciones conllevan una serie de riesgos, que a fin de ser minimizados deben realizarse de manera adecuada con unas pautas establecidas en un protocolo.

Todas las instituciones psiquiátricas deberían contar con un protocolo de actuación que dejara claras las indicaciones de la contención, cuando se utilizan y con qué medidas de seguridad. Estos protocolos existen, pero cada uno tiene pautas distintas. Por ejemplo, en el Hospital Universitario Central de Asturias cuentan con un protocolo general para la contención de pacientes (26), en Extremadura, con un protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura (27).

Desde la Asociación española de Neuropsiquiatría, se realiza un estudio sobre la coerción y salud mental, para promover junto con la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y la Federación VEUS, su erradicación. En él mencionan la existencia, utilización y características de los protocolos españoles y concluyen que prácticamente la totalidad de las unidades (97%) disponen de protocolos para el uso de la contención mecánica, de estos, el 96% contempla la supervisión física periódica, el 93% regula los cuidados básicos durante la contención, el 84% han sido actualizados en los últimos 5 años, el 44% regula el tiempo máximo de duración de la contención mecánica y el 25% incluye la posibilidad de acompañamiento físico. Un 49% de unidades responden que utilizan videocámaras para la supervisión de la contención (28). ¿Pero realmente se llevan a cabo como se debería?

Por lo general estos protocolos incluyen que el procedimiento de contención ha de llevarse a cabo como mínimo por 4 personas (15). Se ha de explicar al paciente la razón de la contención y un miembro del equipo tranquilizará al paciente para aliviar el miedo o indefensión que pueda sentir. El personal no debe nunca mostrar rabia o enfado evitando la actitud de castigo, hay que mantener amabilidad y evitar humillación o blasfemias. No se puede perder de vista la cabeza, que ha de mantenerse incorporada para evitar una posible aspiración (8).

El uso de las contenciones va acompañado de los registros en un Formulario de Contención que refleja: datos personales del paciente, tipo de contención (parcial o total), duración prevista, motivo, cuidados al paciente cada 4 horas (cambios posturales, movilización, puntos de sujeción, valoración del estado físico y psíquico, toma de constantes), observaciones de enfermería, suspensión de la contención con fecha, hora y facultativo que cursa la orden (15).

Desde los estándares de la Joint Comission (24), se aconseja utilizar el juicio clínico para delimitar los tiempos de supervisión de las contenciones y la monitorización se realizará para garantizar la seguridad física del paciente.

2.6. Rol de la enfermera en la salud mental

En el 1850, Florence Nightingale incluiría aspectos psicológicos y sociales a los fisiológicos. Linda Richards promovió una mejora en la atención de los pacientes psiquiátricos y dirigió la primera escuela de enfermería de salud mental y psiquiatría. En 1958, Hildegard Elizabeth Peplau escribió un importante libro para la práctica de enfermería psiquiátrica, "Relaciones interpersonales en enfermería" (29).

El modelo de Peplau se centra en la teoría de las relaciones interpersonales y destaca la importancia de la enfermera/o en el proceso interpersonal, ya que forma parte del tratamiento, por lo que la personalidad de la enfermera/o es muy importante para influir tanto en el proceso como en el paciente. En el campo de la salud mental, usar el modelo de las relaciones interpersonales puede ayudarnos a reconocer al paciente como una persona única con necesidades especiales y poder dar los cuidados personalizados.

En unidades psiquiátricas de agudos, los pacientes pueden estar descompensados en su patología lo cual, afecta a su manera de relacionarse o comunicarse. Establecer una relación sólida y de confianza con el paciente puede ayudar con el proceso de cuidado, con la toma de control de algunas situaciones y con la restauración de su pensamiento o el contacto con la

realidad. Dicha relación parte de la confianza y el respeto, seguido de la escucha activa, del acompañamiento, de empoderar al paciente, de mostrarse auténtica y sincera, entre otros (30).

La enfermería debe abogar por el cuidado y derechos del paciente, respetando sus decisiones y su dignidad, se debe ayudar y aconsejar, pero nunca imponer. El papel de la enfermera incluye promoción del autocuidado, ayudar a resolver problemas y dar facilidades para las actividades de la vida diaria. Establecer relaciones interpersonales eficaces y ayudar al paciente a identificar las conductas problemáticas para poder buscar alternativas. Enseñar e informar sobre el propio tratamiento y promoción de la salud y asegurar un entorno seguro. En todo momento la enfermera en psiquiatría debe instaurar y mantener un medio terapéutico para desarrollar la autoestima y mejorar el afrontamiento del paciente. Con todo esto vemos como la relación terapéutica enfermera/o-paciente debe ser la base del cuidado (31).

En cuanto a las contenciones dentro de las instituciones psiquiátricas, el médico es el máximo responsable de la prescripción de la medida, pero la enfermería tiene un papel fundamental, ya que tiene la potestad de aplicarla o no según el estado del paciente y es quien determina si la situación es una emergencia. También determina el tiempo y tipo de sujeciones que se utilizan. Es importante abordar este tema para debatir los aspectos éticos y legales de la situación y sensibilizar al personal sanitario sobre los efectos de la contención para evitar roles inadecuados, estigmatización y actuaciones desmesuradas (27).

2.7. El tema en la actualidad

Conocer las actitudes y la repercusión emocional en el personal de enfermería y en el paciente del uso de medidas coercitivas, puede orientarnos sobre el bienestar de los profesionales y la calidad de los cuidados que brindan a los pacientes de las unidades de Salud Mental.

Es por ello por lo que cabe mencionar a las asociaciones catalanas como la Federació Salut Mental Catalunya (32) o la Federació Veus (33), que luchan por un marco legal justo y abogan por la Contención 0 en nuestro territorio. En las jornadas del 2016 (34), alertan que un diagnóstico y tratamiento que no abre la puerta a la recuperación, cierra cualquier esperanza para las personas con trastorno mental, yendo en contra de los derechos fundamentales.

Edgar Vinyals y Rojas, presidente de la Federación, impulsa este movimiento hace años, ya que ha vivido en primera persona la contención, tiene un diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1 desde adolescente. Pretende dar voz a todas las personas que sufren estas medidas catalogadas como “terapéuticas” para poder erradicarlas desde la sensibilización de la población (35).

En 2019, una resolución del Consejo Europeo (36) solicita a los estados miembros a comenzar con la derogación de las prácticas coercitivas en los entornos de la salud mental, apelando por el respeto de la ética y los derechos humanos, así como al derecho a la atención médica consentida e informada. Este es un gran paso hacia el cambio, aunque queda mucho por hacer.

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

- Conocer la percepción de los pacientes con trastorno mental cuando se les aplica un método de contención en un estado de agitación psicomotriz.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar las preferencias de los pacientes en la atención psiquiátrica cuando se aplica coerción.
- Examinar la percepción del personal sanitario sobre la aplicación de medidas de contención.
- Saber si se aplican alternativas para evitar la contención.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de estudio

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura basada en la evidencia científica actual para explorar los conocimientos sobre las emociones, sentimientos y experiencias por las que pasan las personas que son sometidas a coerción en las instituciones psiquiátricas. Para dar respuesta a nuestros objetivos se eligieron estudios con metodología cualitativa, ya que esta, permite comprender y analizar puntos de vista de las personas o grupos examinados y/o encuestados.

Una revisión sistemática permite tener un resumen de todas las investigaciones clínicas de un tema concreto hasta el momento. Hay que hacer una búsqueda exhaustiva de artículos, siendo objetivo, riguroso y meticuloso desde el punto de vista cualitativo para poder sintetizar la evidencia encontrada. En las bases de datos existen muchos artículos de investigación, lo que da lugar a un exceso de información, por ello una revisión sistemática sirve para integrar

información y analizarla desde distintos tipos de estudios con distintos tipos de muestras, creando una visión más amplia de la situación a estudiar (37).

4.2. Estrategia de búsqueda

Para la elaboración de un marco teórico amplio, que permita establecer las bases teóricas del estudio, se efectuó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, utilizadas en ciencias de la salud, como:

- PubMed, un motor de búsqueda de libre acceso a referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, abarcando los campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas (38).
- Web Of Science (WOS), plataforma Web que recoge las referencias de las principales publicaciones científicas de cualquier disciplina del conocimiento, tanto científico como tecnológico, humanístico y sociológicos desde 1945 (39).
- Scopus, una base de datos de citas y resúmenes de literatura revisada por partes (revistas científicas, libros y actas de congresos), que ofrece herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar la investigación y ofrece una visión general de los resultados de la investigación mundial en los campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales y las artes y las humanidades (40).
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), es un recurso bibliográfico para profesionales de enfermería, a través de la plataforma EBSCOhost. Contiene referencias y resúmenes desde 1981 de revistas de enfermería y medicina, entre otras, libros y capítulos, tesis de enfermería, actas de congresos, etc. (41).

Para sintetizar y afinar la búsqueda se utilizaron palabras clave buscadas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): “inmovilización”, “aislamiento”, “restricción”, “coerción”, “percepción”, “percepción del paciente”, “perspectiva del paciente”, “experiencia del paciente”, “trastorno mental”, “enfermedad mental” y “psiquiátrico”. Asimismo, se utilizaron los términos Medical Subject Headings (MeSH): “immobilization”, “seclusion”, “restraint”, “coercion”, “perception”, “patient perception”, “patient perspective”, “patient experience”, “mental disorder”, “psychiatric” y “mental illness”. Se utilizó también la combinación de los operadores booleanos AND y OR.

Tabla 2. Palabras clave y operadores booleanos.

Op. Booleano	DeCS	MeSH
OR	Inmovilización	Immobilization
	Aislamiento	Seclusion
	Restricción	Restraint
	Coerción	Coercion
AND		
OR	Percepción	Perception
	Percepción del paciente	Patient perception
	Perspectiva del paciente	Patient perspective
	Experiencia del paciente	Patient experience
AND		
OR	Trastorno mental	Mental disorder
	Psiquiátrico	Psychiatric
	Enfermedad mental	Mental illness

Se determinaron los criterios de selección (criterios de inclusión y exclusión), utilizados en todas las bases de datos, nombradas anteriormente.

- Criterios de inclusión:
 - ✓ Documentos o artículos publicados en los últimos 8 años.
 - ✓ Idiomas: catalán, castellano, inglés o portugués.
 - ✓ Acceso al texto completo.
- Criterios de exclusión:
 - ✗ Documentos o artículos publicados antes de 2012.
 - ✗ Documentos o artículos que no dispongan del texto completo.
 - ✗ Artículos de revisión sistemática y metaanálisis.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en PubMed.

PUBMED	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Criterios	Resultado
	Perception	AND	Mental disorder	AND	Immobilization	Sin criterios	n=90
						Desde 2012	n=35
						Idioma	n=32
						Acceso a texto completo	n=32
						Título	n=12
						Lectura del resumen	n=9
Total de artículos seleccionados							n=7

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en Web of Science.

WOS	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Criterios	Resultado
	Patient perception	AND	Seclusion	AND	Psychiatric	Sin criterios	n=176
						Desde 2012	n=111
						Idioma	n=103
						Acceso a texto completo	n=35
						Título	n=12
						Lectura del resumen	n=6
Total de artículos seleccionados							n=4

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en Scopus.

SCOPUS	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Op. Booleano	Términos Mesh	Criterios	Resultado
	Patient perception	AND	Seclusion	AND	Psychiatric	Sin criterios	n=71
						Desde 2012	n=25
						Idioma	n=23
						No revisiones	n=19
						Título	n=9
						Lectura del resumen	n=8
Total de artículos seleccionados							n=3

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en CINAHL.

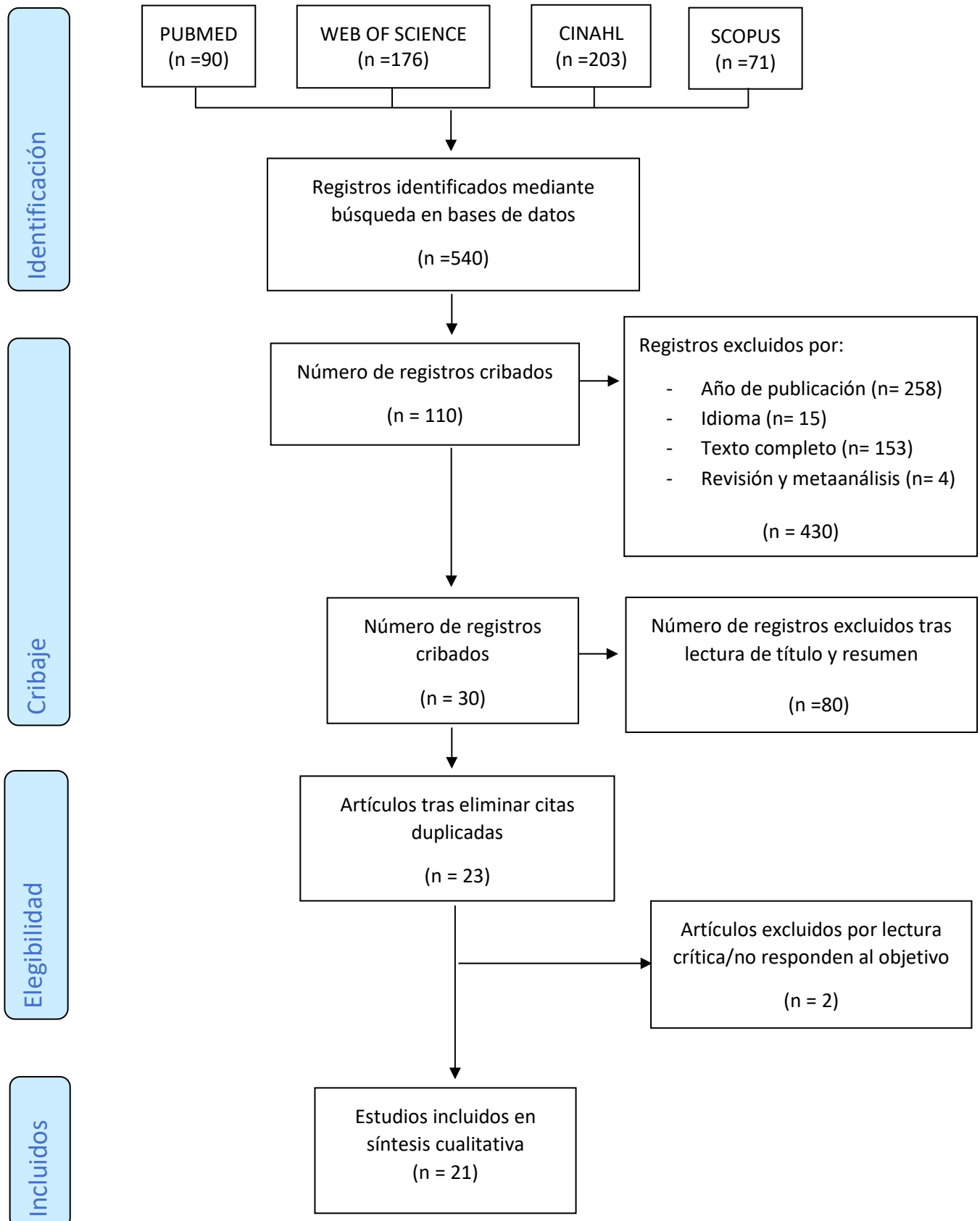
CINAHL	T. Mesh	Op. Booleano	T. Mesh	Op. Booleano	T. Mesh	Op. Booleano	T. Mesh	Criterios	Result.
	Coercion	OR	Restraint	OR	Seclusion			Sin criterios	n=203
		AND						Desde 2012	n=111
	Patient perspective	OR	Patient experience	OR	Patient view	OR	Patient perceptions	Idioma	n=109
		AND						Acceso a texto completo	n=24
	Psychiatry	OR	Psychiatric	OR	Mental health	OR	Mental illness	Título	n=10
								Lectura del resumen	n=7
Total de artículos seleccionados									n=7

Una vez realizadas las búsquedas con los criterios de selección, se obtuvo un total de 30 artículos (n=30), de los que se excluyeron 7 por duplicado (n=23). Durante la lectura crítica de los artículos, se excluyeron 2 por no responder a los objetivos de nuestra revisión sistemática, quedando un total de 21 artículos (n=21) incluidos para la revisión.

5. RESULTADOS

La estrategia de la búsqueda de los artículos se basó en los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente (Tablas 3, 4, 5 y 6). Más tarde fueron evaluados críticamente los 21 artículos seleccionados utilizando CASPe, para evaluar la calidad de los estudios cualitativos, asegurándonos de que las conclusiones de la revisión fueran firmes y creíbles (42). De los 21 artículos, 14 tenían una calidad por encima de un 95%, 6 artículos estaban por encima del 80% de calidad y 1 artículo obtuvo un 70% de calidad (anexo 1). El proceso de selección del estudio se muestra a continuación en un diagrama de flujo.

5.1. Diagrama de flujo PRISMA (43) (Ilustración 1)



5.2. Tabla de descripción de los artículos

Autor, año y país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones
PUBMED				
Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVaney C, et al. 2020. EE. UU (44)	1# Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department	Describir cómo las personas experimentan la restricción física en el servicio de urgencias.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo de teoría fundamentada <u>Muestra:</u> 25 pacientes <u>Intervención:</u> entrevista semiestructurada y escala MacArthur (MPCS-5)	La coerción hizo que los pacientes se sintieran violados y deshumanizados, lo que dio lugar a respuestas negativas inmediatas y futuras que impiden un buen proceso clínico. El trato digno y respetuoso, así como el compromiso terapéutico son fundamentales. Los enfoques centrados en el paciente para el manejo de la agitación pueden ser útiles para fomentar la alianza terapéutica.
Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. 2016. Viena (45)	2# Psychiatric patients' perception of physical restraint	Investigar la percepción subjetiva de los pacientes psiquiátricos durante y después de la fijación del cinturón.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio longitudinal prospectivo <u>Muestra:</u> 47 pacientes <u>Intervención:</u> autoevaluaciones, formulario MacArthur y escalas analógicas visuales (EAV)	Dada la ira durante la contención, siempre se acompañó con psicofármacos que conducían a una amnesia del evento importante. Estos fármacos pudieron conducir a una mejor tolerancia a la coerción, especialmente a la ansiedad, la agresión y la aceptación, mientras persistían sentimientos de depresión e impotencia.

Spinzy Y, Maree S, Segev A, Cohen-Rappaport G. 2018. NY (46)	3# Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint	Evaluar la experiencia subjetiva y las actitudes de los pacientes hospitalizados que han sido sometidos a contención física.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo de teoría fundamentada <u>Muestra:</u> 40 pacientes <u>Intervención:</u> cuestionario semiestructurado	Los pacientes quedaron muy vulnerados durante la restricción, suponiendo un factor estresante. Sin embargo, hubo controversia de opiniones, entre los que lo definieron como lo más horrible, y los que lo justificaron ante un peligro agudo. La búsqueda de alternativas y escuchar las perspectivas de los pacientes podría ayudar a disminuir el uso de estas prácticas extremas.
Goulet MH, Larue C. 2018. Canada (47)	4# A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care	Comprender el contexto de las prácticas de reclusión/restricción a partir de la percepción del personal y los pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio de caso instrumental participativo <u>Muestra:</u> 17 (14 sanitarios y 3 pacientes) <u>Intervención:</u> entrevistas individuales	Los pacientes percibían una jerarquía muy marcada y reglas muy estrictas en la unidad; esto fue incompatible con un enfoque igualitario e individualizado. La contención puede crear un círculo vicioso de comportamiento agresivo sumado al sentimiento de injusticia y una pérdida de la relación terapéutica, aunque el personal sanitario lo negó alegando una medida inevitable y una estrategia de afrontamiento.

Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. 2012. Reino Unido (48)	5# Physical restraint in a therapeutic setting; ¿a necessary evil?	Examinar los procesos de toma de decisiones utilizados por el personal de salud mental involucrado en una serie de episodios de restricción en un entorno de atención aguda.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio analítico temático <u>Muestra:</u> 30 enfermeros <u>Intervención:</u> entrevistas individuales y grupos focales de discusión	El personal manifestó que la tensión en las unidades de agudos justificó la necesidad continua de moderación, lo que indicó que podían estarlo usando como una amenaza para prevenir la escalada o como una intervención para manejar la situación. Sin embargo, una parte de los encuestados también expresó su preocupación por el impacto en los pacientes, por el estrés y por el trato indigno que vivían.
Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet M-H, Bonin J-P, Baba N. 2013. Canadá (49)	6# The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients	Identificar y describir las percepciones de los pacientes sobre la aplicación del protocolo de contención en un hospital psiquiátrico de Montreal.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio descriptivo exploratorio <u>Muestra:</u> 50 pacientes <u>Intervención:</u> encuesta de Percepciones de los Pacientes sobre la Aplicación de Medidas de Control, cuestionarios y entrevistas individuales	El empoderamiento de los pacientes puede ser útil para informar de sus opiniones y para sensibilizar a los sanitarios. Pueden proponer posibles soluciones para prevenir la agitación y mejorar el seguimiento posterior a la reclusión, pero la mayoría de los pacientes no tuvo alternativas. El estudio sugirió el apoyo post-RS con una reconstrucción de lo sucedido para permitir una discusión con el equipo.

Chang NA, Grant PM, Luther L, Beck AT. 2014. New York. (50)	7# <u>Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint</u>	Investigar la viabilidad de implementar un programa de entrenamiento de entorno de terapia cognitiva orientada a la recuperación (CT-R) en una unidad urbana de hospitalización psiquiátrica aguda.	<u>Diseño del estudio</u>: estudio de viabilidad no controlado <u>Muestra</u>: 29 sanitarios <u>Intervención</u>: entrevista de CT-R, autoinforme VOTE, cuestionarios y registros sobre los incidentes de restricción y reclusión	La terapia cognitiva orientada a la recuperación (CT-R) es una intervención psicosocial impulsada teóricamente que ayuda a las personas con enfermedades mentales graves en el autocuidado y empoderamiento. Los resultados indicaron que las percepciones del personal y sus creencias sobre el entorno terapéutico mejoraron. Disminuyeron las medidas coercitivas, proporcionando evidencia de que el entrenamiento en CT-R es factible y puede mejorar el medio terapéutico de una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.
---	---	--	--	--

WOS				
Gerace A, Muir-Cochrane E. 2018. Australia (51)	1# Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey	Investigar las percepciones de las enfermeras con respecto a la reducción y eliminación del uso de métodos de contención con consumidores psiquiátricos.	<u>Diseño del estudio:</u> cualitativo <u>Muestra:</u> 512 enfermeras <u>Intervención:</u> encuesta en línea, cuestionario de medidas de actitud a la contención (ACMQ) y cuestionario de experiencia de reclusión y restricción.	Las enfermeras justificaron las medidas coercitivas como necesarias para la seguridad de todos, y se abstuvieron a su eliminación de la práctica, a pesar de aceptar que su uso fue perjudicial para las relaciones terapéuticas. El estudio sugiere que se necesitan iniciativas a múltiples niveles para ayudar al personal a mantener la seguridad y poder reducir o, en la medida de lo posible, eliminar el uso de la restricción.
Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. 2012. Países Bajos (52)	2# Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion	Examinar las experiencias y preferencias de los pacientes sobre las medidas coercitivas.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio prospectivo <u>Muestra:</u> 161 pacientes <u>Intervención:</u> cuestionarios y versión adaptada de la Escala de coerción percibida de MacArthur	Las preferencias de los pacientes se crearon a partir de experiencias anteriores. Esto mostró que las preferencias de los pacientes no podían guiar el establecimiento de métodos internacionales uniformes para manejar la agitación. Se consideraron las opciones individuales de los pacientes. Se confirmó que el apoyo y la información durante la coerción mejoraba la situación, así como el <i>debriefing</i> con el paciente.

Hotzy F, Jaeger M, Buehler E, Moetteli S, Klein G, Beeri S, et al. 2019. Suiza (53)	3# Attitudinal variance among patients, next of kin and health care professionals towards the use of containment measures in three psychiatric hospitals in Switzerland	Comparar las actitudes hacia las medidas de contención entre tres sitios de estudio en Suiza que difieren en su clínica tradiciones y políticas y su uso real de estas medidas.	Diseño del estudio: cualitativo <u>Muestra:</u> 962 personas (418 pacientes, 180 familiares y 364 profesionales de la salud) <u>Intervención:</u> Cuestionario de medidas de actitud a la contención (ACMQ)	Había diferencias de actuación y de medidas de contención dentro del mismo país, ya que los sanitarios actuaron según tradición y políticas de cada lugar, a diferencia de los pacientes y sus familiares cercanos en los que no hubo tanta variabilidad. Por lo tanto, es importante adaptar el tratamiento individualmente y empoderar al paciente con su tratamiento.
Barbic SP, Chan N, Rangi A, Bradley J, Pattison R, Brockmeyer K, et al. 2019. Canada. (54)	4# Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting	Entender las percepciones del proveedor de salud y de los usuarios de servicios hospitalarios sobre el uso de salas de modulación sensorial en unidades psiquiátricas agudas.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo descriptivo fenomenológico. <u>Muestra:</u> 10 pacientes y 9 sanitarios <u>Intervención:</u> entrevistas semiestructuradas	Las salas de modulación sensorial (SMR) ofrecieron experiencias de empoderamiento del paciente a través de la autogestión y fueron una alternativa terapéutica. Las SMR fueron vistas por los pacientes y sanitarios como una alternativa positiva a las prácticas actuales (incluidas las restricciones químicas, físicas y ambientales), con componentes clave de un marco orientado a la recuperación.

SCOPUS				
Varpula J, Välimäki M, Lantta T, Berg J, Lahti M. 2020. Finlandia. (55)	1# Nurses' perceptions of risks for occupational hazards in patient seclusion and restraint practices in psychiatric inpatient care: A focus group study	Describir los riesgos laborales en las prácticas de reclusión y restricción mecánica de pacientes, así como las ideas de mejora identificadas por las enfermeras.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo descriptivo <u>Muestra:</u> 32 enfermeras <u>Intervención:</u> entrevistas de grupos focales	Las ideas de las enfermeras para mejorar la seguridad durante la reclusión y la restricción se relacionaron principalmente con la mejora de las condiciones en las que trabajan, la formación y la importancia de seguir las directrices y prácticas de seguridad dadas.
Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Pocai B, Palummo C, Fico G, et al. 2019. Italia (56)	2# Perceived coercion among patients admitted in psychiatric wards: Italian results of the EUNOMIA study	Identificar predictores sociodemográficos y clínicos de los niveles de coerción percibida en una muestra de pacientes italianos con trastornos mentales graves al ingreso hospitalario.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo multicéntrico EUNOMIA longitudinal <u>Muestra:</u> 294 pacientes <u>Intervención:</u> Escala de Coacción Percibida MacArthur y Escala Cantril de la escala de coacción percibida	Los niveles altos de coerción percibida estaban relacionados con ingresos involuntarios y con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Para evitarlo se podrían aplicar Directivas Avanzadas de los Pacientes (PAD), basados en la voluntad anticipada de los pacientes, permitiendo el empoderamiento y autocuidado de los pacientes. Esto también mejoraría la relación terapéutica y en consecuencia la adherencia a los tratamientos y el seguimiento clínico.

Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. 2014. Europa (57)	3# Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study	Evaluar la práctica clínica del uso de medidas coercitivas y establecer resultados, y crear recomendaciones para la estandarización y armonización europeas de las buenas prácticas.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio multicéntrico EUNOMIA longitudinal <u>Muestra:</u> 2.027 pacientes <u>Intervención:</u> escala de evaluación global del funcionamiento (GAF), Brief psychiatric rating scale (BPRS-E) y escala Cantril Ladder.	La frecuencia del uso de medidas coercitivas varía entre países. Los factores clínicos, como los altos niveles de síntomas psicóticos y los altos niveles de coacción percibida en la admisión, se asociaron con el uso de medidas coercitivas, al controlar el efecto de los países. A pesar de la variación transnacional de la práctica clínica, circunstancias similares pueden influir en la aplicación de medidas coercitivas.
CINAHL				
Okanli A, Yilmaz E, Kavak F. 2016. Turquía (58)	1# Patients' Perspectives on and Nurses' Attitudes toward the Use of Restraint/Seclusion in a Turkish Population.	Determinar las perspectivas de los pacientes y las actitudes de las enfermeras ante el uso de la restricción/reclusión en las clínicas de psiquiatría.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio descriptivo <u>Muestra:</u> 64 enfermeras y 80 pacientes <u>Intervención:</u> cuestionarios	Las enfermeras se opusieron a la retirada de restricción y reclusión. Se sintieron molestas al inmovilizar a un paciente, pero lo justificaron por el peligro que suponía no hacerlo. La mayoría de los pacientes tenían actitudes negativas hacia la restricción/reclusión y no lo consideraban terapéutico, se sienten castigados y denigrados con estas prácticas.

Hammervold UE, Norvoll R, Vevatne K, Sagvaag H. 2020. Noruega (59)	2# Post-incident reviews-a gift to the Ward or just another procedure? Care providers' experiences and considerations regarding post-incident reviews after restraint in mental health service. A qualitative study.	Investigar las experiencias de los proveedores de atención profesional con las revisiones posteriores al incidente (PIR) después del uso de la moderación en los servicios de salud mental.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio descriptivo exploratorio fenomenológico <u>Muestra:</u> 19 sanitarios <u>Intervención:</u> entrevistas cualitativas	Los proveedores de atención experimentaron que las revisiones posteriores al incidente (PIR) tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención, pero también dependen de las condiciones de los pacientes, la seguridad y las habilidades de los sanitarios. Las filosofías del cuidado humano y un marco de ética del cuidado parecen ser condiciones previas para promover la participación de los pacientes en los PIR después de las restricciones.
Jansen T-L, Hanssen I. 2016. Noruega (60)	3# Patient participation: ¿causing moral stress in psychiatric nursing?	Explorar las experiencias y perspectivas de las enfermeras psiquiátricas con respecto a la participación de los pacientes.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo exploratorio <u>Muestra:</u> 9 enfermeros <u>Intervención:</u> entrevistas a grupos focales	Los conceptos poco claros dieron lugar a pautas de acción poco claras, por eso sería importante reconocer y desafiar estos factores que pueden generar estrés en el personal. Esto creó una brecha entre sus ideales y su desempeño en la práctica clínica demasiado grande. La sensibilidad ética de los trabajadores se vio comprometida.

Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. 2013. EEUU (61)	4# <u>Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to Influence Practice.</u>	Investigar la experiencia de la reclusión desde la perspectiva de pacientes psiquiátricos hospitalizados.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo fenomenológico <u>Muestra:</u> 12 pacientes <u>Intervención:</u> entrevistas no estructuradas	La importancia del proceso de comunicación terapéutica fue evidente, los pacientes tenían la necesidad de hablar y ser respetados. Tenían sentimientos negativos y percibieron una sensación de castigo, además de abuso de poder por parte del personal sanitario. La comunicación durante la coerción podría mejorar su manejo, así como hablar de los desencadenantes específicos y habilidades de afrontamiento para situaciones futuras.
Tucker J, Whitehead L, Palamara P, Rosman JX, Seaman K. 2020. Australia (62)	5# <u>Recognition and management of agitation in acute mental health services: a qualitative evaluation of staff perceptions.</u>	Explorar las experiencias de las enfermeras en el reconocimiento y manejo de la agitación en un entorno de salud mental hospitalaria y la alineación de estas experiencias con las mejores prácticas y la atención centrada en las personas.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo transversal y descriptivo <u>Muestra:</u> 20 enfermeras <u>Intervención:</u> entrevistas de grupos focales semiestructurados	Las enfermeras manejaron la agitación y la individualizaron involucrando a los pacientes en las decisiones clínicas. Siguiendo estrategias de desescalada como primera opción de manejo de la agitación, se pueden evitar situaciones agravantes que requieran de coerción, pero hay que tener establecidas buenas relaciones terapéuticas, ser flexible y adaptarse a las situaciones y a cada paciente.

Wu KK, Cheng JP, Leung J, Chow L, Lee C. 2020. Hong Kong (63)	6# Patients' Reports of Traumatic Experience and Posttraumatic Stress in Psychiatric Settings.	Determinar la prevalencia de experiencia traumática (TE) entre pacientes en entornos psiquiátricos en Hong Kong y las asociaciones entre TE y niveles de angustia y ansiedad y síntomas depresivos.	<u>Diseño del estudio:</u> cualitativo <u>Muestra:</u> 129 pacientes <u>Intervención:</u> Lista de eventos de vida (LEC), cuestionario de experiencias psiquiátricas (PEQ), escala de impacto de eventos revisada (IES-R), y Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).	La atención informada por trauma (TIC) puede ser una herramienta importante en los servicios de salud mental para que los pacientes se sientan seguros y respetados, apoyando prácticas que promueven el empoderamiento y la recuperación. Las TIC pueden proporcionar evidencia empírica, identifican factores de riesgo para la recuperación y facilitan una intervención temprana.
Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. 2012. Finlandia (64)	7# Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives.	Explorar las experiencias de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus sugerencias para mejorar la reclusión/restricción y las alternativas a su uso en Finlandia.	<u>Diseño del estudio:</u> estudio cualitativo descriptivo <u>Muestra:</u> 30 pacientes <u>Intervención:</u> entrevistas focalizadas.	Durante el proceso de reclusión o restricción, los pacientes no recibieron suficiente atención, por lo que propusieron un trato humano y empatía como alternativas a la coerción. Tener oportunidad de planificar de antemano y documentar los deseos del paciente, así como llegar a acuerdos individualizados sería eficaz para empoderar a los pacientes y ofrecer alternativas a la contención.

6. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS

En la búsqueda realizada se seleccionaron un total de 21 artículos cualitativos. La mayoría de estos artículos tenían una alta calidad, resultando en un 94,76% total de evidencia cualitativa basado en el cuestionario Caspe (anexo 1).

Además, el área geográfica de los estudios cualitativos seleccionados era muy extensa, contando con 7 estudios americanos, 2 de Australia, 1 en Turquía, Hong Kong y Suiza y 9 en Europa. Con esta variedad territorial podremos comparar nuestro estudio a nivel mundial, con las distintas políticas aplicables a cada lugar y una visión más amplia de las percepciones sobre la contención, ampliando así las perspectivas de actuación y conociendo los protocolos, actitudes terapéuticas y métodos de coerción de los países vecinos para conseguir unas prácticas globales igualitarias.



Ilustración 2: Países de los estudios seleccionados.

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Wong AH. 2020 | 11. Barbic SP. 2019 |
| 2. Fugger G. 2016 | 12. Varpula J. 2020 |
| 3. Spinzy Y. 2018 | 13. Sampogna G. 2019 |
| 4. Goulet MH. 2018 | 14. Kalisova L. 2014 |
| 5. Perkins E. 2012 | 15. Okanli A. 2016 |
| 6. Larue C. 2013 | 16. Hammervold UE. 2020 |
| 7. Chang NA. 2014 | 17. Jansen T-L. 2016 |
| 8. Gerace A. 2018 | 18. Faschingbaver KM. 2013 |
| 9. Georgieva I. 2012 | 19. Tucker J. 2020 |
| 10. Hotzy F. 2019 | 20. Wu KK. 2020 HONG HONG |
| | 21. Kontio R. 2012 |

Los métodos más utilizados en los artículos seleccionados fueron entrevistas de grupos focales semiestructuradas (en 8 artículos), entrevistas cualitativas (en 10 artículos) y la Escala de Coacción Percibida MacArthur (4 artículos), entre otros.

Entre los artículos del estudio el 53% estaba realizado a pacientes psiquiátricos, el 33% de los artículos utilizaron una muestra de personal sanitario especializado en instituciones psiquiátricas y el 14% restante utilizaron una muestra mixta de pacientes psiquiátricos y personal sanitario (Figura 3). Con esto obtuvimos una revisión sistemática más amplia, abordando el tema desde los diferentes puntos de vista, dando respuesta tanto a nuestro objetivo general como a los objetivos específicos, aunque todos ellos abordaron el tema principal de la misma.



Ilustración 3: Muestra de los estudios seleccionados.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El análisis de datos reveló cuatro categorías principales: a) Percepción de los pacientes con trastorno mental cuando se les aplica un método de contención en un estado de agitación psicomotriz; b) Preferencias de los pacientes en la atención psiquiátrica cuando se aplica coerción; c) Percepción del personal sanitario ante la aplicación de medidas de contención y d) Aplicación de alternativas para evitar la coerción. De estas categorías se desglosaron una serie de subcategorías para dar explicación al problema de investigación (anexo 2) integrando así todos los conceptos de los artículos revisados.

Percepción de los pacientes con trastorno mental cuando se les aplica un método de contención en un estado de agitación psicomotriz

Los pacientes sometidos a contención, al recordar la experiencia describieron **sentimientos generalmente negativos** del evento, entre ellos la ansiedad, el miedo y la ira (44,49,61,64). Estudios previos contrastaron nuestros hallazgos al comprobar que los pacientes a los que se les aplicaba una medida de contención veían sus experiencias como negativas y punitivas (65,66).

Entre los pacientes de los estudios, los sentimientos más repetidos fueron la pérdida de libertad y de dignidad personal, la sensación de aislamiento, la falta de respeto y el **trato deshumanizado** (44,49,61). Por otro lado, también se sentían ignorados durante el episodio de contención y muchos estaban de acuerdo en que no se satisfacían sus necesidades básicas mientras permanecían asilados o contenidos (44,46,58,64). Toda esta suma de percepciones podría justificarse por la coacción que sentían por parte del personal sanitario, sin motivos aparentes, ya que creían que era una forma de demostrar **poder y control** y mantener las reglas en las salas o unidades de los centros de salud mental (47,61,64). En el estudio de Goulet et al. (47) el personal manifestó que los pacientes debían comportarse adecuadamente y para ello había que establecer **reglas y límites**, como las de los ciudadanos, y el mal comportamiento tenía consecuencias, pudiendo así ser tomados en serio; por consiguiente los pacientes tenían la sensación de tener que adaptarse al equipo, adoptar un comportamiento aceptable para ellos, quedando claramente definida la jerarquía que había (47), algo totalmente incompatible con un enfoque equivalente e individualizado.

Vieron una actitud por parte de los profesionales irrespetuosa y falta de empatía durante la contención. Wong et al. (44) y Faschingbauer et al. (61) revelaron que los pacientes hacían

alusiones a ser tratados como animales e incluso añadiendo blasfemias y burla del personal durante el proceso de reclusión (44,61). Los pacientes concibieron que con la pérdida de su autonomía también perdieron sus derechos humanos (49) evocando grandes sentimientos de **humillación** (49,61), que se sumaba a la **posición de poder** percibida por parte de los profesionales (47,61,64) haciendo de su experiencia una situación estresante y muy negativa, a la que por ende se sumaban también la culpa, la confusión, la frustración y/o la **injusticia** (44,49,52,61). Algunas analogías al respecto fueron la de estar en prisión (44,47) igual que el estudio de Haw et al. (67), en el que más del 80% de los pacientes se sintió como en una celda.

Dicha injusticia fue percibida por el uso de la contención deliberadamente, como forma de **castigo**, ya que los pacientes creían que las medidas no eran necesarias (47,61), pero también se debía a la falta de comunicación (47). Igual que afirmó Soininen et al. (68), al revelar los resultados de encuestas realizadas a pacientes que habían sufrido contención y también estuvieron de acuerdo en que **las medidas no eran necesarias** en absoluto. De hecho, los pacientes sintieron que la medida de control incrementó su agresión, ya que el comportamiento fue una reacción a ese sentimiento de injusticia (47).

En contraposición a lo hallado anteriormente, un estudio de Canadá realizado por Larue et al. (49) mostró que los pacientes sí tenían una buena sensación sobre el entorno físico de la contención y la satisfacción de sus necesidades, sin embargo, no estaban de acuerdo con el apoyo sanitario ni la evaluación posterior a la reclusión. De aquí surgió el tema de la **comunicación personal sanitario-paciente**, el cual quedó bastante **ausente** durante todos los estudios analizados. La falta de información sobre el método coercitivo aplicado, el porqué, el para qué, etc., quedaron fuera del alcance del propio afectado saltando un gran sentimiento de incompreensión (44,52,58,61).

Las percepciones sobre la comunicación se centraron en la relación con los profesionales sanitarios, ya que muchos se mantuvieron al margen durante la contención y no proporcionaron conversación ni atención al paciente, ni tampoco se hizo un **seguimiento posteriormente a la contención**, cosa que lleva a los pacientes a sentir incertidumbre y confusión, ya que no entienden la razón o no tienen con quien debatir su situación (49,52,61,64). Esto se da por la rapidez del evento, que surge en una situación de agitación en la que el paciente puede no ser consciente de su estado descontrolado o no entender la razón de la contención si esta se da en situaciones incongruentes, o también puede deberse a la contención farmacológica que suele causar amnesia en el paciente, como sucedió en el estudio de Fugger et al. (45), en el que casi

el 20% de los pacientes de la muestra que habían sido contenidos tanto física como farmacológicamente, no recordaba nada del suceso y sus sentimientos se resumían a depresión e impotencia (45).

Por lo tanto, los pacientes sentían una gran necesidad de hablar con los profesionales, tanto antes de la contención como durante y después de esta, para razonar sobre los motivos o poder evitarla previamente con otro tipo de desescalada o medida menos coercitiva. Asimismo, en los estudios de esta revisión generalmente los pacientes percibieron que **los profesionales sanitarios no mostraron habilidades** ni conocimientos comunicativos adecuados (44,46,49,52), por lo que **carecían** de buenas **relaciones terapéuticas**, incluso mencionan sentirse incómodos y rechazados y sentir rencor hacia el personal, lo que fomentaba aún más la pérdida de confianza y del vínculo terapéutico (47). Unos hallazgos que se suman a los de Norvoll et al. (69), en los que surge un problema potencial en la atención proporcionada, dado que la relación terapéutica en la salud mental y/o psiquiátrica es la base para cualquier proceso terapéutico y de recuperación (16,29).

Norvoll et al. (69) confirmaba que las **relaciones de poder y las culturas paternalistas** podían aumentar la fuerza coercitiva, así como la **vulnerabilidad** de los pacientes, contribuían a hacerlos más **dependientes** y restringir sus posibilidades de recuperación. La coerción también implicaba el **estigma**, un resultado social que hace difícil la reinserción de personas con enfermedades psiquiátricas, donde el paciente es el único perjudicado (69).

A nivel europeo, el estudio EUNOMIA (57) realizado en 12 países, reveló que las medidas coercitivas se utilizaban de manera similar en grupos similares de pacientes, estos tenían un mal funcionamiento global y **altos niveles de coerción percibida** (57). Pero además se agravaba si el ingreso era involuntario, puesto que ya se sentían amenazados antes de llegar (44), por lo que la admisión involuntaria fue un **factor predictivo** del uso de medidas coercitivas (52,57), contrastado con otros estudios que apoyaron esta afirmación (70). Esto influiría directamente en la relación terapéutica y se crearía una cadena de percepciones negativas perjudiciales a largo plazo, donde el paciente con altos niveles de coerción percibida empeoraría sus actitudes hacia el tratamiento, la adherencia terapéutica y la vinculación con el sistema sanitario (52,56,57).

De hecho, los pacientes percibieron un **sistema de atención médica que no respondía**, no estaba disponible, y les puso dificultades para interactuar con dicho sistema; describen cómo estas experiencias tuvieron efectos negativos perdurables, ya que llevaron a **desconfianza** y

desvinculación del sistema de salud, principalmente cuando se asociaron con eventos de contención (44,47).

No obstante, nos encontramos con **percepciones ambivalentes** de los pacientes sobre el uso de coerción. Unos las describieron como lo más horrible y menos terapéutico de la hospitalización psiquiátrica y oponiéndose a su uso; mientras otros lo justificaron ante un peligro potencial para ellos o su entorno (46,49), o dado que algunos percibieron sensaciones de tranquilidad y seguridad al poder usar el aislamiento o la contención química como una oportunidad para dormir o estar solos (49,64). Esta ambivalencia puede deberse a diferentes contextos y situaciones de aplicación de las medidas coercitivas entre los pacientes, porque los que eran sometidos a una intervención coercitiva consideraban que su tratamiento era más restrictivo que los que no lo habían hecho (52). Aunque también podría deberse a la **disonancia cognitiva**, una teoría fundada por Leon Festinger en el 1957, en su obra "A Theory of Cognitive Dissonance" (71), refiriéndose a la incongruencia entre dos ideas, creencias o emociones que percibe una persona y que tiene pensamientos en conflicto, llevándolo a reducir el malestar o la incongruencia justificando esas ideas, creencias o actitudes (71). Por lo tanto, los pacientes pueden sentirse incomprendidos, humillados, enfadados, pero también culpables por su comportamiento durante la agitación, o temerosos por la dependencia hacia los sanitarios y estas emociones tan dispares pueden dar lugar a justificar las medidas coercitivas y haberse vuelto menos críticos con ellas (52).

Preferencias de los pacientes en la atención psiquiátrica cuando se aplica coerción

En todos los textos, los pacientes comentaron sus esperanzas y expectativas de ser **respetados y tratados con dignidad** por el personal durante y después del proceso de reclusión (44,46,49). Los pacientes se sintieron respetados por el personal cuando no se sintieron coaccionados ni perdieron su dignidad durante el incidente (61).

Los pacientes declararon la necesidad de tener **visitas regulares** del personal durante el episodio de contención, ya que sin su apoyo sentían soledad y aislamiento y entraban en un bucle de emociones negativas que aumentaba su agitación y sus niveles de coerción percibida (44,49,61); aquellos a quienes brindaron comodidad física y psicológica durante la coerción tuvieron percepciones más positivas (49). Resaltamos la importancia de mantener la **alianza terapéutica** y cubrir las necesidades básicas de los pacientes durante cualquier situación de contención o

aislamiento, para poder tener una relación continua y positiva como afirman otras bases teóricas (72) y que las percepciones de la experiencia no sean negativas (49,64), reforzado por investigaciones previas que también afirman lo expuesto anteriormente (66,67).

Todos los pacientes comentaron que deseaban **comunicación** y explicaciones sobre las medidas que se habían tomado, hablar sobre el incidente y el comportamiento que los había llevado a tal situación, poder tener la oportunidad de reducir la agitación antes de que se utilizara la contención (46,49,58,61,62). Cuando el personal explicó el motivo de la reclusión, los pacientes sintieron respeto, comprensión y apoyo. Ser atendido y no ignorado durante la reclusión era importante para los pacientes (52,61,62). Algunos mencionaron poder tener un **seguimiento después de la contención**, dado que por la descompensación de la psicopatología en ese momento, no sabían qué había pasado, no recordaban el episodio o no entendían por qué habían acabado así, llevándolos a más angustia y culpa (47,49), otros hablaron de la comunicación antes y después de los incidentes para poder tener la capacidad de aprender de lo sucedido y aprender también habilidades de afrontamiento (61). Por lo tanto, el **debriefing** ayudaría a comprender el incidente coercitivo y restauraría la relación terapéutica en caso de haberse agravado, aportando nueva información para desarrollar planes de tratamiento individualizados (45,49), de todas maneras, los pacientes no recordaron haber tenido conversaciones con los profesionales y no es una práctica que esté en los protocolos generales de actuación (45,47,49,64), igual que ya se halló en estudios anteriores (66), donde además afirmaron que la ausencia de revisión posterior a la reclusión empeora la angustia de los pacientes.

Por otro lado, los pacientes se sintieron mejor cuando les dejaron **tener cierto control** durante la contención, como el control de la luz de la sala en la que se encuentran, tener música, poder fumar, poder ver la hora, leer un libro (46,47,49); pequeñas acciones que brindaban al paciente cierta autonomía dentro de la coerción para no sentirse tan aislados y vulnerables. Un paciente comentó que, si la sala de contención hubiese sido igual que la sala de confort, se habría calmado rápidamente (47).

Pero si hablamos de **prevenir las medidas de contención**, según las voces de los pacientes de un estudio de Larue et al. (49), la formación de los profesionales podría reducir la incidencia de la coerción. Otorgándoles habilidades de manejo de situaciones y **manejo de la agitación**, cómo reconocer los signos de alerta, enseñar valores y destrezas comunicativas, entre otros, para comprender las percepciones de los pacientes y llegar a reducir la coerción hasta su eliminación.

Por último, algunos de los pacientes solicitaron poder contar con **alternativas** a la contención, ya sean tratamientos, terapias, estrategias o habilidades de afrontamiento para prevenir ciertas emociones o agitaciones que acaban en incidentes coercitivos (49,61,64).

En Cataluña, desde el 2017, contamos con una “Guía de Derechos en Salud Mental” elaborada por la Federació Veus (73) entre otros, donde los pacientes arrojan sus voces para dejar claro que su dignidad y sus derechos son tan importantes como los de todos los ciudadanos, lo que refuerza aún más nuestros hallazgos y ratifica la importancia de las percepciones de los pacientes.

Percepción del personal sanitario ante la aplicación de medidas de contención

El personal identificó una serie de antecedentes que llevaron a la contención como los más significativos. Generalmente se refirieron a la agresión o la violencia, pacientes con riesgo de autolesión o con riesgo de fuga y pacientes consumidores de sustancias tóxicas (44,47,48,51,55). La asociación entre usar **coerción y pacientes violentos** fue consistente con la literatura actual, que además reafirmó que el personal de salud mental tenía una alta prevalencia a sufrir violencia en el trabajo (74). Quizás este sea el motivo por el cual al hablar de prevención entre los profesionales, hicieran referencia a prevenir la agresión y no a prevenir la coerción (48).

Los sanitarios tendían a sentirse más seguros si había una relación de confianza con el equipo, se realizaban intervenciones preventivas y formaciones continuas y tenían experiencia laboral (47,48), pero generalmente **nunca llegaban a sentirse totalmente seguros** (47,48,55). De hecho se volvían más cautelosos ante pacientes nuevos que desconocían, ya que no sabían cómo estos se rebelarían ante posibles agitaciones, y conocer al paciente o contar con una buena relación terapéutica les ayudaba a reconocer su patrón de comportamiento, y a detectar desencadenantes o señales de advertencia; cuando no les conocen y además tienen un historial marcado por una agresión reciente a familiares u otros sanitarios se creaba una situación de expectación ante sus comportamientos y una constante alerta (48,51,62). Por lo tanto, enfermería tenía que luchar con la dicotomía entre atención y control, priorizando la seguridad como motivador del uso de coerción, ya que, tras un incidente de contención, la mayoría de los profesionales también se sentían culpables, temerosos, inseguros y les preocupaba abusar de los derechos de los pacientes (47,48,51).

Entre los temas de este apartado, generalmente se identificó una gran controversia en cuanto a la tolerancia de los profesionales con los pacientes. Este grado de **tolerancia individual** influía en la toma de decisiones de la contención, ya que según el miedo o la inseguridad del sanitario, se aceleraba la intervención realizándose antes de lo necesario por puro **instinto** preventivo y no por la verdadera agitación del paciente (48). Por consiguiente, el manejo de la agitación se reducía a una actuación intuitiva de evitar el peligro inminente y no a un protocolo que así lo indicara (48), entonces la línea entre lo correcto y lo tolerable es tan fina que los profesionales demandan ser más objetivos y coherentes para definir qué comportamientos se admiten y que pasos deben seguirse (47). En este punto la **flexibilidad** y la tolerancia eran relativas a cada persona y en ocasiones creaba división en el equipo, puesto que hay profesionales que trataban al paciente por igual, pero los había que optaban por una relación paternalista y más jerárquica en la que hay consecuencias si no se siguen unas reglas y se mantiene el orden (47), lo cual contrasta con hallazgos previos (70,75).

En la línea de lo anterior, refiriéndose a la seguridad, las enfermeras destacaron la necesidad de **más personal** (47,51,55), entre ellos figuras masculinas para garantizar dicha seguridad durante los incidentes (55), ya que el uso de coerción podía asociarse a una ratio bajo de personal-paciente (51,55). Además, podrían contribuir también a un mayor uso de coerción la falta de recursos en las salas, la falta de formación continua del personal, el personal poco cualificado o con falta de experiencia (51,55), los factores ambientales como mobiliario de mala calidad o espacios reducidos o sin buena visibilidad (47,55).

Algunos profesionales comentaron la necesidad de **hablar del episodio** una vez había acabado, para poder debatir sobre lo que habían hecho bien y lo que habían hecho mal, para sacar estrategias futuras de actuación, aprender del incidente o recibir apoyo si algo había ido mal (47), lo que concuerda con las preferencias de los pacientes mencionadas en el punto anterior de dotarlos de más formación y educación.

La inseguridad, la falta de recursos y un enfoque anticuado del cuidado, podrían ser la causa de que las enfermeras **no respalden un sistema sin medidas de contención** (47,51,58,62), aunque no veían las prácticas completamente beneficiosas, si las veían necesarias para mantener un ambiente de trabajo seguro, respaldado por la literatura que de manera similar, hablaron de la contención como un **“mal necesario”** hasta que no haya alternativas factibles y unas prácticas más seguras (75,76).

Tucker et al. (62) señaló hallazgos sobre el **manejo de la agitación**. Reconociendo la agitación, se podrían evitar incidentes de contención. El personal reveló los beneficios que tenía la información dada por el paciente sobre su nivel de agitación, ya que podía ser un factor clave para su reconocimiento e intervención anticipada. Pero también era importante tener el conocimiento clínico sobre los signos y síntomas de la agitación, para poder disuadirla cuando comenzaba a aparecer y el paciente no la reconocía, por lo tanto, es importante como enfermeros saber detectar los signos y síntomas previos como inquietud, elevación del tono de voz, golpes al mobiliario, los puños cerrados, un rostro firme o con la mandíbula apretada, entre otros (62).

Aplicación de alternativas para evitar la coerción

Este punto fue importante, dado que sin unas alternativas a las prácticas instauradas no se podía alcanzar el cambio en las instituciones. Se hallaron alternativas entre los estudios de esta revisión, pero cabe destacar que la mayoría de los pacientes manifestaron que no se las habían ofrecido, aunque se piensa en la posibilidad de que fuera por no haber escuchado, no haber estado receptivo a ellas o por falta de memoria debido a la pérdida de control en la que se encontraban cuando se les ofrecieron las alternativas (47,49).

Entre las alternativas propuestas en los estudios de esta revisión encontramos: los enfoques centrados en el paciente, las salas de modulación sensorial (SMR), la terapia cognitiva orientada a la recuperación (CT-R), las revisiones posteriores al incidente (PIR) y las directivas anticipadas psiquiátricas (PAD), los cuales se detallan a continuación.

- La **atención centrada en el paciente** es un modelo biopsicosocial a seguir, un proceso de atención individualizado basado en una serie de documentación individual que incluya planes específicos de atención adaptados, que puedan ser accesibles en las historias clínicas electrónicas y poder contar con redes de apoyo más amplias. Con ello se podría fomentar la alianza terapéutica y manejar situaciones de agitación, previniendo posibles incidentes coercitivos, basándonos en un enfoque más amplio y holístico del paciente (44,62).
- Las salas de **modulación sensorial (SMR)**, también llamadas “habitaciones sensoriales” o “salas de confort”, son espacios diseñados y utilizados para intervenciones terapéuticas de base sensorial, donde los pacientes regulan sus respuestas a los sentidos

del entorno. Es una estrategia no invasiva, autodirigida y de empoderamiento que puede reforzar y orientar hacia la recuperación y lo más importante, reducir los incidentes de coerción como apuntan algunos pacientes (54), contrastado con la literatura científica que afirma esta reducción de la coerción (77,78).

Además, los pacientes percibieron que su uso les ayudó con el control de su salud, el empoderamiento y su autogestión (54). También informaron de un alivio de la ansiedad y el estrés después de estar en la sala, les servía para relajarse y estar tranquilos. Por lo que serviría para ayudarles a lidiar con sentimientos como la ira, la frustración, la ansiedad o las fluctuaciones del estado de ánimo (54), igual que apuntan otros estudios similares (77).

- Un programa de **terapia cognitiva orientada a la recuperación (CT-R)**. Se realizó a todo el equipo de la institución, personal y pacientes, y los resultados fueron positivos y cambiaron sus percepciones, así como la disminución de los incidentes de reclusión y restricción después del entrenamiento (50). Estos hallazgos proporcionan evidencia de que el entrenamiento en CT-R es factible y puede mejorar el medio terapéutico de una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.

Se basó en una intervención teórica y práctica, donde se enseñaron estrategias y técnicas para reducir comportamientos inadaptados y promover la recuperación, que a la misma vez trabajó de manera conjunta entre el equipo multidisciplinar y los pacientes, favoreciendo la alianza terapéutica (50).

- Las **revisiones posteriores al incidente (PIR)**, son un elemento de reducción de medidas de contención internacional (59,69). Los PIR pueden no solo prevenir la coerción, sino ayudar en la recuperación de los pacientes y la ética profesional (59). Una intervención PIR se realiza después de un episodio coercitivo y está dirigida al paciente, al equipo multidisciplinar o a ambos, para mejorar la experiencia de la atención y aprender de lo sucedido (79). Es un debriefing que además de en otras cuestiones, puede ayudar en la práctica reflexiva de enfermería (47,61). Según Norvoll et al. (69) los PIR tienen un gran potencial, pero puede entrar en conflicto a la hora de ponerlo en práctica dadas las políticas paternalistas instauradas aún en algunas instituciones, ya que lo último que pretenden es dar voz al paciente. Sin embargo los sanitarios lo consideraron una buena herramienta para prevenir la coerción aunque muy improvista de capacitación necesaria (59).

- La **planificación anticipada de decisiones (PAD)**, es un instrumento legal que permite documentar voluntades anticipadas del paciente sobre su tratamiento en la salud mental, incluidas las medidas coercitivas si se dan crisis agudas (52,56). Con este instrumento también pueden reducirse los impactos negativos de los ingresos involuntarios en la coerción percibida por los pacientes (56). A pesar de que estas estrategias parecen prometedoras, su implementación en la atención sigue siendo deficiente por la falta de creencia en los pacientes y sistemas de atención retrógrados, pero contrastado con literatura reciente parece ser una buena estrategia para proteger tanto los derechos humanos de los pacientes como para reducir la agresividad y mejorar la relación terapéutica con los profesionales de salud mental.

8. CONCLUSIONES

Los resultados dejan claro que la mayoría de los pacientes experimentan de manera negativa el uso de medidas coercitivas. Aunque este impacto negativo ya es hallado en revisiones previas, los resultados de esta revisión se suman al conocimiento existente y pretenden dar iniciativa a otros estudios relacionados para alcanzar el objetivo de eliminación o reducción de estas prácticas.

A pesar de estos conocimientos, la coerción sigue siendo una práctica diaria en la salud mental. La enfermería se basa en la constante formación y la práctica basada en la evidencia, por lo tanto, se intentó dar voz a un reclamo que lleva mucho tiempo intentando ser escuchado, permitiendo alcanzar una base teórica para reforzar estas voces y poder mejorar la calidad asistencial. Escuchar a los pacientes puede guiarnos hacia soluciones y alternativas menos restrictivas y más efectivas.

Para poder alcanzarlo, primero se deben dejar atrás los modelos paternalistas y las jerarquías, llenos de vulneración y estigma, optando siempre por un modelo basado en la recuperación que apoye a las personas con problemas de salud mental a tener más autonomía y promover sus derechos, creando así relaciones de confianza. Se debería de trabajar la tolerancia en los equipos de salud mental y capacitarlos, para poder mantener la seguridad sin tener que recurrir a la coerción y entrar en el bucle de justificación de la contención en el que llevan tantos años anclados.

Con esta revisión, hemos vuelto a resaltar la necesidad de la educación y formación más amplia y continua, tanto a nivel sanitario como poblacional, proporcionar habilidades para las buenas prácticas evitando dilemas éticos entre proteger o empoderar, o cuestiones prácticas arraigadas a los protocolos tradicionales de actuación.

La disposición de las alternativas hasta el momento es fluctuante y llena de carencias en cuanto a evidencia científica y con conceptos poco claros. Su aplicación en la atención sanitaria es escasa, persiguiendo los ideales del personal sanitario de no eliminar la coerción, ya que sin evidencias difícilmente se consiga su abolición.

9. LIMITACIONES

Aun y siendo unas prácticas diarias con una repercusión ética y moral profunda, y tan criticadas por los usuarios con diagnósticos psiquiátricos, la **escasez de estudios** llevados a cabo en España deja en evidencia la capacidad para el cambio en este país. A nivel global existen estudios sobre las percepciones personales tanto de usuarios como de enfermeros, pero con muestras pequeñas y en distintas áreas de atención psiquiátrica.

Por otra parte, las **diferentes culturas y educación** de las muestras de estudio pudieron dar resultados desiguales en cuanto a las percepciones del personal de enfermería como mostraron varios estudios de esta revisión.

Finalmente, la **limitación de alternativas** aplicadas en la atención a la salud mental deja al descubierto la posibilidad de eliminar la coerción, dado que sin la suficiente evidencia de que dichas alternativas tengan resultados positivos y reduzcan tanto la agitación como la violencia de los usuarios, el personal seguirá sintiéndose inseguro y excluyendo la probabilidad de la erradicación de las medidas.

10. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Se proponen líneas futuras de investigación que incluyan **estudios cualitativos** sobre las percepciones de los pacientes, con muestras más amplias y en diferentes áreas de atención, que demuestren dónde radica el problema y como abordarlo para poder intervenir y guiarnos hacia las alternativas más adecuadas a nivel nacional, pero que además, también puedan servir de orientación para el desarrollo europeo. Para ello también sería interesante ampliar el

conocimiento de las percepciones del personal de atención en salud mental, ya que son quienes aplican las medidas coercitivas.

Además, se propone un **programa de formación** estandarizado, el cual podrían impartir los equipos de enfermería de salud mental, enfocando los cuidados hacia un marco de recuperación y proacción de los pacientes basado en los derechos humanos. La formación podría contener información sobre resolución de conflictos, mejora de habilidades interpersonales y de comunicación y construcción de relaciones terapéuticas positivas. Podría realizarse de manera rutinaria en instituciones de salud mental, en unidades de urgencias psiquiátricas y en los centros de atención primaria, no solo a personal de nueva incorporación, sino también a personal experimentado, que todavía tienden hacia un modelo paternalista por tener una cultura más arraigada al pasado.

También se propone una ampliación de la investigación para la evidencia de las **alternativas** disponibles para evitar la coerción, por lo que serían necesarias más investigaciones sobre su aplicación, llevadas a cabo bajo estudios rigurosos que capaciten a los profesionales para su aplicación y ejecución y tengan la suficiente evidencia científica.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Hospital La Fuenfría y Hospital Clínico San Carlos. Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes [Internet]. Madrid; 2010 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contención-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-clínico-San-Carlos.Madrid.pdf>
2. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). Posicionamiento AEESME: Tolerancia cero en contenciones mecánicas [Internet]. 2019 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/?s=contencion+mecanica&x=0&y=0>
3. López MT, Montalvo F de, Alonso C, Bellver V, Cadena F, de los Reyes M, et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. CBE [Internet]. 2016 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe-Contenciones-CBE.pdf>
4. Confederación Salud Mental España. Comienza la campaña “0 Contenciones”, del Colectivo Locomún, contra el uso de las sujeciones mecánicas [Internet]. 2018 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/0-contenciones-colectivo-locomun/>
5. Salazar de Pablo G, González-Pinto A. Importance of training in de-escalation techniques for the prevention and management of agitation. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2020 [citado 19 Feb 2021]; 13(1):48-49. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-importancia-formacion-tecnicas-desescalado-prevencion-S1888989119300424>
6. Pérez JM, Sandoval MB. ¿Cómo formular una buena pregunta de investigación? Estructura y redacción de la pregunta de investigación. Ortho-tips [Internet]. 2015 [citado 19 Feb 2021];11(2):74–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/orthotips>
7. Megías F, Serrano MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental I. Enfermería 21 [Internet]. 2018 [citado 19 Feb 2021]; pág 19–45. Disponible en: <https://ebooks-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/ebooks/-html5-dev/623/9/>
8. Bobes J, Bousoño M, Gonzalez MP, Lopez JL, Saiz PA. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2001. 21–48 p.

9. Martínez AG. ¿Contención física o castigo? un recorte histórico de sus antecedentes. V En: Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2013.
10. Sampietro HM, Ruiz R, Eiroa-Orosa F, Carralero A, Muñoz E. ¿Es posible cuidar sin contención mecánica? Alternativas al uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica. En: XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). Cádiz; 2016.
11. Cobalea N, Contel J, Ferrús L, Llorens D, Martí N, Perez P, et al. Indicadors d'avaluació de les cures infermeres. [Internet]. Consell de la Professió Infermera de Catalunya. Barcelona; 2014 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/1876>
12. Subirana M, Palomar X, Solà F, Puigoriol E, Briones L, Mila R. Projecte de Consens i Implementació dels Indicadors d'Avaluació de les Cures Infermeres. Catalunya: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2018.
13. Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. Psychiatr Serv [Internet]. 2010 [citado 19 Feb 2021]; 61(10):1012–1017. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
14. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Coerción [Internet]. 23rd ed. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/coerción>
15. Ramos JA. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Masson; 1999.
16. Ramos Pozón S. Bioética. Una reflexión necesaria para las decisiones que más importan. Barcelona: Plataforma Actual; 2018. 179–193 p.
17. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Contención [Internet]. 23rd ed. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/contención>
18. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Constitución Española [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 1978 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

19. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 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 [Internet]. España: BOE; 2002. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
20. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. España: BOE; 2000.
21. United Nations. Declaración Universal de Derechos Humanos. New York: United Nations; 2017.
22. Confederación Salud Mental España. Contenciones mecánicas en salud mental. Encuentro [Internet]. 2017 [citado 19 Feb 2021];2:4. Disponible en: www.consaludmental.org
23. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Declaración de la comisión central de deontología de la organización médica colegial sobre “Contención mecánica de pacientes” [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2015 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion_ccd_contencion_mecanica_de_pacientes_19_06_15.pdf
24. The Joint Commission. Requirements Related to the Provision of Culturally Competent Client-Centered Care Behavioral Health Care Accreditation Program (BHC). 2009.
25. Rey de España. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo; 1997.
26. Grupo Multidisciplinar. Protocolo de Contención de Pacientes. Asturias; 2018.
27. Consejería de Salud y Políticas Sociales. Protocolo de contención mecánica. Extremadura; 2017.
28. Beviá B, Bono A, Inchauspe JA, Valverde M, Leal J, Santos F, et al. Coerción y salud mental: Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Madrid: Cuadernos Técnicos, 20; 2017.
29. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Masson; 1990.

30. Moreno Poyatos AR. Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia: una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría [Internet]. Universitat Rovira i Virgili; 2016 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www-tdx-cat.sabidi.urv.cat/bitstream/handle/10803/398650/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Isaacs A. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 2ª edición. Interamericana. 2000. 3–10 p.
32. SMC. Salut Mental Catalunya [Internet]. [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://www.salutmental.org/>
33. Federació Veus. Federació Veus [Internet]. [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://veus.cat/es/inicio/>
34. Salut Mental Catalunya. Salut Mental Catalunya i la Federació Veus demanen un nou marc legal i ideològic per garantir els drets en salut mental [Internet]. SMC. 2016 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.salutmental.org/salut-mental-catalunya-i-la-federacio-demanen-un-nou-marc-legal-i-ideologic-per-garantir-els-drets-en-salut-mental/>
35. Danny Caminal. La solución no es atar al paciente [Internet]. El Periódico. 2017 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20171106/entrevista-a-edgar-vinyals-activista-con-diagnostico-psiquiatrico-6406170>
36. Asamblea Parlamentaria. Poner fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos [Internet]. Consejo Europeo. 2019 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en>
37. Manterola C, Astudillo P, Arias E, Claros N. Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. Cirugía Española [Internet]. 2013 [citado 19 Feb 2021]; 91(3):149–55. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-revisiones-sistematicas-literatura-que-se-S0009739X11003307>
38. PubMed [Internet]. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

39. Web of Science [Internet]. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/UA_GeneralSearch_input.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&SID=F1Hlink4FAev277UcvW&preferencesSaved=
40. Scopus [Internet]. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>
41. CINAHL [Internet]. [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/cinahl-la-base-de-datos-para-los-enfermeros-y-otros-sanitarios-DDIMPORT-042915/>
42. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo [Internet]. Alicante; 2010 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=
43. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [citado 19 Feb 2021];6(7):1–2.. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/>
44. Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVane C, et al. Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. JAMA Netw Open [Internet]. 2020 [citado 19 Feb 2021]; 3(1):e1919381. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31977058/>
45. Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2016 [citado 3 Marzo 2021]; 133(3):221–31. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/acps.12501>
46. Spinzy Y, Maree S, Segev A, Cohen-Rappaport G. Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint. Psychiatr Q [Internet]. 2018 [citado 3 Marzo 2021]; 89(3):691–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9565-8>
47. Goulet MH, Larue C. A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. Clin Nurs

- Res [Internet]. 2018 [citado 3 Marzo 2021]; 27(7):853–70. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773817713177>
48. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 3 Marzo 2021]; 35(1):43–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252711001245?via%3Dihub>
 49. Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet M-H, Bonin J-P, Baba N. The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2021]; 34(5):317–24. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2012.753558>
 50. Chang NA, Grant PM, Luther L, Beck AT. Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Ment Health J* [Internet]. 2014 [citado 3 Marzo 2021]; 50(4):415–21. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s10597-013-9675-6>
 51. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 3 Marzo 2021]; 28:209–225. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12522>
 52. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* [Internet]. 2012 [citado 13 Marzo 2021]; 83(1):1–13. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s11126-011-9178-y>
 53. Hotzy F, Jaeger M, Buehler E, Moetteli S, Klein G, Beeri S, et al. Attitudinal variance among patients, next of kin and health care professionals towards the use of containment measures in three psychiatric hospitals in Switzerland. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 13 Marzo 2021]; 128. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2092-9>

54. Barbic SP, Chan N, Rangi A, Bradley J, Pattison R, Brockmeyer K, et al. Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting. *PLoS One* [Internet]. 2019 [citado 13 Marzo 2021]; 14(11):e0225238. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0225238>

55. Varpula J, Välimäki M, Lantta T, Berg J, Lahti M. Nurses' perceptions of risks for occupational hazards in patient seclusion and restraint practices in psychiatric inpatient care: A focus group study. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2020 [citado 13 Marzo 2021]; 29(4):703–15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12705>

56. Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Pocai B, Palummo C, Fico G, et al. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 13 Marzo 2021]; 10(MAY):316. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2019.00316/full>

57. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2014 [citado 13 Marzo 2021]; 49(10):1619–29. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s00127-014-0872-6>

58. Okanli A, Yilmaz E, Kavak F. Patients' Perspectives on and Nurses' Attitudes toward the Use of Restraint/Seclusion in a Turkish Population. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2016 [citado 13 Marzo 2021]; 9(3):932–8. Disponible en: www.internationaljournalofcaringsciences.org

59. Hammervold UE, Norvoll R, Vevatne K, Sagvaag H. Post-incident reviews - A gift to the Ward or just another procedure? Care providers' experiences and considerations regarding post-incident reviews after restraint in mental health services. A qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [citado 13 Marzo 2021]; 20(1):499. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05370-8>

60. Jansen T-L, Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2017 [citado 13 Marzo 2021]; 31(2):388–94. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12358>

61. Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. Use of seclusion: Finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of Psychosocial Nurs and Mental Health Serv* [Internet]. 2013 [citado 13 Marzo 2021]; 51(7):32–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23668381/>
62. Tucker J, Whitehead L, Palamara P, Rosman JX, Seaman K. Recognition and management of agitation in acute mental health services: a qualitative evaluation of staff perceptions. *BMC Nurs* [Internet]. 2020 [citado 13 Marzo 2021]; 19(1):106. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00495-x>
63. Wu KK, Cheng JP, Leung J, Chow L, Lee C. Patients' Reports of Traumatic Experience and Posttraumatic Stress in Psychiatric Settings. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 13 Marzo 2021];30(1):3–11. Disponible en: <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/858-2003-v30n1-p3>
64. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2012 [citado 13 Marzo 2021]; 48(1):16–24. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>
65. Keski-Valkama A, Koivisto AM, Eronen M, Kaltiala-Heino R. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparison study. *J Forensic Psychiatry Psychol* [Internet]. 2010 [citado 8 Abril 2021]; 21(3):446–61. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789940903456569>
66. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' Perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 8 Abril 2021]; 56(1):60–73. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764008098293>
67. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *J Forensic Psychiatry Psychol* [Internet]. 2011 [citado 8 Abril 2021]; 22(4):564–85. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2011.602097>
68. Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, et al. Secluded and

- restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 [citado 8 Abril 2021]; 22(1):47–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23009228/>
69. Norvoll R, Pedersen R. Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2016 [citado 8 Abril 2021]; 156:204–211. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616301332?via%3Dihub>
 70. El-Badri SM, Mellso G. A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Austr and NZ Journal of Psychiatry* [Internet]. 2002 [citado 8 Abril 2021]; 36(3):399–403. Disponible en: <http://anp.sagepub.com/lookup/doi/10.1046/j.1440-1614.2002.01003.x>
 71. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. UK: Stanford University Press; 1957.
 72. Iversen VC, Sallaup T, Vaaler AE, Helvik AS, Morken G, Linaker O. Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area. *J Psychiatr Intensive Care* [Internet]. 2011 [citado 8 Abril 2021]; 7(1):1–10. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-psychiatric-intensive-care/article/abs/patients-perceptions-of-their-stay-in-a-psychiatric-seclusion-area/93DD62F5C8B1DA87C2257CDF85CE9D30>
 73. Pérez BP, Orosa FJE. *Guia de Drets en Salut Mental* [Internet]. Barcelona; 2017 [citado 8 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2017/06/guia-drets-salut-mental-veus-2017.pdf>
 74. Renwick L, Lavelle M, Brennan G, Stewart D, James K, Richardson M, et al. Physical injury and workplace assault in UK mental health trusts: An analysis of formal reports. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2016 [citado 8 Abril 2021]; 25(4):355–66. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12201>
 75. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 [citado 8 Abril 2021]; 26(5):500–12. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12382>
 76. Kinner SA, Harvey C, Hamilton B, Brophy L, Roper C, McSherry B, et al. Attitudes towards

- seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2017 [citado 8 Abril 2021]; 26(5):535–44. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
77. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2010 [citado 8 Abril 2021]; 48(3):1–5. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20100303-02>
78. Smith S, Jones J. Use of a sensory room on an intensive care unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2013 [citado 8 Abril 2021]; 52(5):23–30. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20131126-06>
79. Goulet MH, Larue C. Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing* [Internet]. 2016 [citado 8 Abril 2021]; 30(1):120–128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>

12. ANNEXOS

Anexo 1: Criterios de calidad CASPe.

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Fuente											
Wong AH. 2020											100%
Fugger G. 2016											80%
Spinzy Y. 2018											70%
Goulet MH. 2018											100%
Perkins E. 2012											100%
Larue C. 2013											90%
Chang NA. 2014											100%
Gerace A. 2018											90%
Georgieva I. 2012.											100%
Hotzy F. 2019											90%
Barbic SP. 2019											100%
Varpula J. 2020											100%
Sampogna G. 2019											90%
Kalisova L. 2014											95%
Okanli A. 2016											95%
Hammervold UE. 2											100%
Jansen T-L. 2016											100%
Faschingbaver KM. 2013											100%
Tucker J. 2020											100%
Wu KK. 2020											90%
Kontio R, 2012											100%

SÍ  NO SE PUEDE DETERMINAR  NO 

Preguntas:

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

Anexo 2: Categorías y subcategorías del análisis.

Categorías	Subcategorías
Percepción de los pacientes con trastorno mental cuando se les aplica un método de contención en un estado de agitación psicomotriz.	Sentimientos negativos
	Prácticas punitivas
	Coacción percibida
	Relaciones de poder
	Falta de comunicación
	Relaciones terapéuticas débiles
	Desconfianza y desvinculación sanitaria
Preferencias de los pacientes en la atención psiquiátrica cuando se aplica coerción.	Disonancia cognoscitiva
	Trato digno
	Respeto
	Comunicación asertiva
	Seguimiento después de la contención
	Formación y educación
	Alternativas
Percepción del personal sanitario ante la aplicación de medidas de contención.	Violencia
	Seguridad en el trabajo
	Desconfianza de los pacientes
	Poca tolerancia individual
	Actuaciones intuitivas/preventivas
	Flexibilidad relativa a cada persona
	Modelo paternalista
	Falta de recursos
	Seguimiento después de la contención
	Manejo de la situación
Aplicación de alternativas para evitar la coerción.	Enfoques centrados en el paciente
	Salas de modulación sensorial
	Terapia cognitiva orientada a la recuperación
	Revisiones posteriores al incidente
	Directivas anticipadas psiquiátricas

