
Trabajo Fin de Grado

Abolviendo la coerción en los servicios de salud mental: una revisión sistemática de la literatura.

Alba Franco Castro



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental: una revisión sistemática de la literatura

Grado en Enfermería

Autor: Alba FRANCO CASTRO
Tutor: Begoña María BOSCH CANALS
Fecha de presentación: 04/05/2020

Aspectos a tener en cuenta en la redacción de este trabajo:

Este trabajo cumple todas las características y requisitos indicados por mi tutora, Begoña Bosch, durante las tutorías realizadas.

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

(En el reverso de la página del Título)

A mi tutora por ser mi guía.

A mi familia por ser mi soporte.

A mi pareja por ser mi luz.

AGRADECIMIENTOS

Dedico este proyecto de final de grado principalmente a mi familia. A mis padres, por recordarme siempre lo orgullosos que se sienten de mí, por brindarme la oportunidad de estudiar un grado en la universidad. Gracias, papás. A mi pareja, por ser mi luz en todo el camino recorrido. Ojalá siempre.

También quería hacer un especial nombramiento a mi tutora, Begoña, por haberme guiado hacia la mejor dirección durante este largo proceso.

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
PALABRAS CLAVE	III
ÍNDICE DE TABLAS	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	V
ABREVIATURAS	VI
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA	6
4. RESULTADOS	10
<i>4.1. Análisis bibliométrico</i>	10
<i>4.2. Análisis de contenido</i>	13
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	19
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN	22
7. IMPLICACIONES EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS	23
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	23
9. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO	24
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
11. ANEXOS	I
<i>Anexo 1</i>	I
<i>Anexo 2</i>	V
<i>Anexo 3</i>	VI
<i>Anexo 4</i>	VII
<i>Anexo 5</i>	VIII
<i>Anexo 6</i>	X
<i>Anexo 7</i>	XIV
<i>Anexo 8</i>	XXVIII
<i>Anexo 9</i>	XXIX

RESUMEN

Introducción

Las medidas coercitivas son procedimientos ampliamente extendidos en la hospitalización psiquiátrica. Varios estudios han identificado la ausencia de estudios empíricos sistematizados sobre la evaluación de la utilización de estas medidas y la gran ambigüedad de la regularización de su aplicación. Se trata de la realización de una revisión sistemática de la literatura sobre las medidas coercitivas desde el punto de vista enfermero con el fin de proponer posibles mejoras o alternativas a dichas medidas.

Objetivos

Identificar y conocer las medidas coercitivas utilizadas actualmente en los ámbitos de salud mental, con las consecuentes propuestas alternativas para la reducción de dichas medidas coercitivas con el fin de mejorar el cuidado asistencial en paciente psiquiátrico, además de conocer herramientas para la prevención de ingresos involuntarios basados en el refuerzo de la adherencia.

Método

Revisión de la literatura en bases de datos PubMed, DialNet, ScienceDirect desde septiembre de 2019 hasta mayo de 2020, sobre las medidas coercitivas utilizadas actualmente en el ámbito psiquiátrico, como conflicto ético a eliminar o reducir en la medida de lo posible. Los artículos seleccionados se han analizado mediante el análisis de contenido.

Resultados

En la gran mayoría de los artículos incluidos en esta revisión, los autores reconocen la gran dificultad en la prevención y manejo de ciertas conductas desafiantes, pero también que hay numerosos datos, aunque no estudios comparativos controlados, sobre la eficacia de medidas alternativas como la medicación, la formación del personal en prevención de la violencia y en técnicas de desescalar frente a las situaciones de riesgo.

ABSTRACT

Introduction

Coercive measures are widely extended procedures in psychiatric hospitalization. Several studies have identified the absence of systematised empirical studies on the evaluation of the use of these measures, and the great ambiguity of regularization of their implementation. This is the aim of this systematic literary review of coercive measures from a nurse point of view in order to propose possible improvements or alternatives to such measures.

Objectives

To identify and to know the coercive measures that are currently being used in the field of mental health, with the consequent alternative proposals for the reduction of such coercive measures in order to improve the care in psychiatric patients. In addition, to know the tools for the prevention of involuntary incomes based on the reinforcement of adherence.

Method

Review of the literature in databases PubMed, DialNet, ScienceDirect from September 2019 to May 2020, on the coercive measures currently used in the psychiatric field, such as ethical conflicts to eliminate or reduce them as far as possible. The selected articles have been analyzed using content analysis.

Results

In the vast majority of the articles included in this review, the authors recognize the great difficulty in preventing and managing certain challenging behaviors, but also that there are numerous data, but not controlled comparative studies, on the effectiveness of alternative measures such as medication, training of staff in violence prevention and deescalating techniques in the face of risky situations.

PALABRAS CLAVE

Perspectiva enfermera; Reducción medidas coercitivas; No contenciones; Alternativas; Salud mental; Actitudes.

KEY WORDS

Nurse perspective; Coercive measures reducing; No contentions; Alternatives; Mental health; Attitudes.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia final de búsqueda	7
Tabla 2. Resultados de la estrategia de búsqueda según año de publicación.....	10
Tabla 3. Categorización por diseño de los artículos incluidos.....	11
Tabla 4. Porcentaje y número de artículos clasificados por país	12

ÍNDICE DE TABLAS DE ANEXOS

Tabla 1. Cronograma de actividades.....	III
Tabla 2. Clasificación de palabras clave mediante temas y sinónimos.....	V
Tabla 3. Posibles palabras clave con número de resultados en PubMed.....	VI
Tabla 4. Descripción de los artículos incluidos.....	X
Tabla 5. Resumen de los artículos incluidos.....	XIV
Tabla 6. Revistas más relevantes del estudio.....	XXX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de artículos	9
Figura 2. Guía PRISMA.	VIII
Figura 3. Capturas de pantalla exportadas desde el gestor bibliográfico, Mendeley.	XXXI

ABREVIATURAS

ECR: Ensayo Clínico Randomizado.

EUNOMIA: *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project.*

PCA: Plan de Crisis Acordado.

PNF: “Primero no Forzar”.

SM: Salud Mental.

TAT: Terapia de Adherencia al Tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN

La coerción en el campo de Salud Mental (SM) es un tema al que se le presta cada vez más atención y la supresión de todas sus formas es una demanda constante durante la hospitalización psiquiátrica. En diferentes estudios, se ha justificado su abolición por las consecuencias negativas que sufren tanto las personas como sus derechos.

Morgan, A. y Felton, A. (2013), nos recuerdan la definición clásica de coerción como una actividad concreta de presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o conducta, e indican su proximidad a la posible lesión de los derechos ciudadanos (1).

Podríamos resumir diciendo que la coerción es una práctica habitual en la asistencia actual en Salud Mental, que consiste en administrar tratamientos en contra de la voluntad de quienes los reciben acompañados de otras medidas que limitan su autonomía, basándose en una orientación que pretende disminuir los riesgos de la persona y también de la sociedad y que, habitualmente, implica una definición externa del sufrimiento personal (2).

Los aspectos éticos de la coerción en la práctica diaria son cada vez más patentes. Engloba desde la investigación psiquiátrica en pacientes obligados al tratamiento, hasta la práctica de consentimiento informado, pasando por las actitudes de los profesionales hacia la aplicación de medidas coercitivas, y el uso de guías clínicas basadas en la evidencia de situaciones de crisis y conductas violentas en unidades de urgencias y de hospitalización psiquiátrica.

Las medidas coercitivas son procedimientos ampliamente extendidos en la hospitalización psiquiátrica. Básicamente, consisten en el aislamiento o permanencia de una persona contra su voluntad en una habitación cerrada; la restricción física o inmovilización de al menos una extremidad del paciente mediante dispositivo mecánico (restricción o contención mecánica) o por parte de un profesional (restricción manual) durante más de quince minutos; y la restricción química, definida como el consumo forzado de medicamentos o el uso de restricción física o presión de tres profesionales o más para administrar medicación contra la voluntad del paciente (2).

Durante los trabajos de estudio del proyecto EUNOMIA (3), los autores españoles publicaron que, a pesar de su uso frecuente en los hospitales de toda Europa, llamaba la atención la ausencia de estudios empíricos sistematizados sobre la evaluación de la utilización de dichas medidas y la gran ambigüedad en el marco jurídico regulador de su aplicación.

Como se ha dicho, en España no hay ninguna norma legal explícita sobre esta cuestión más allá de las que consolidan el principio del consentimiento informado y de sus excepciones.

Tampoco hay una guía o protocolo asistencial de obligado seguimiento y ni siquiera un seguimiento central de los casos que se producen, por lo cual no se dispone de datos acerca de su uso, su frecuencia, las condiciones en las que se realizan estas medidas o la eficacia de sus resultados.

Los factores que parecen favorecer en mayor medida las intervenciones coercitivas son el mayor número de camas por habitación, el mayor grado de apertura de la unidad de hospitalización y, sobre todo, las plantillas de personal escasas. *El manual de recursos sobre salud mental de la OMS (2006)* (4) considera asimismo que la suficiencia de recursos humanos es el factor clave. La OMS insiste en que el uso de las medidas debe ser transparente y realizado mediante un “órgano de revisión” y un sistema de control interno.

No puede haber dudas al respecto de que estas medidas producen un daño físico y psicológico directo en las personas que las sufren. También un daño moral, ya que, por muy cuidadoso que sea en su ejecución, representan una agresión a la dignidad de las personas y a su libertad. Con ellas confirmamos los prejuicios de que los pacientes no son responsables de sus actos, de que no son de fiar o de que son peligrosos.

Además de la deshumanización que comporta, la utilización de medidas coercitivas (como el aislamiento o la contención mecánica) no está libre de riesgos, incluyendo la posible accidentabilidad en condiciones de desprotección o efectos físicos adversos producto de la inmovilización, que pueden llegar hasta la muerte (5).

Contextualizando desde la perspectiva enfermera, varios estudios indagan sobre las consecuencias a nivel emocional que estas prácticas conllevan en el personal sanitario. La utilización de medidas coercitivas genera sobre ellos emociones desagradables de angustia, ansiedad, miedo, frustración, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y/o culpa. Los profesionales afirman sentirse presionados, al percibirse como responsables de controlar la situación y evitar daños. Aunque este conflicto es menor si consideran que antes han agotado todas las alternativas a su alcance, ya que en este caso refieren sentirse más “justificados”.

Estas prácticas a menudo implican un conflicto con su rol profesional, ya que el uso de la coerción entra en conflicto con su rol de cuidado. Esto plantea importantes dilemas morales y despierta sentimientos desagradables ya nombrados anteriormente.

Los estudios reflejan la dificultad de los profesionales para manejar estos sentimientos y destacan la importancia del apoyo de los compañeros.

Incluso, en ocasiones, frente a estas emociones aparece la necesidad de no cuestionarse ni ser cuestionados, motivo por el cual no hablan de lo ocurrido entre compañeros tras los incidentes (2).

Para poder reducir este desacorde emocional, se observa que los profesionales tienden a suprimir su respuesta emocional como una estrategia de auto-protección que les permite sobrellevar estas situaciones. Esto puede ocasionar un distanciamiento emocional del paciente, deteriorando la relación terapéutica. Además, es precisamente esta deshumanización de los pacientes lo que permite al personal llevar a cabo las tareas físicas de inmovilización y aislamiento (2).

Los profesionales coinciden en que el vínculo previo con el paciente les hace sentirse más cómodos, y que los sentimientos de conflicto tras un evento coercitivo se reducen si consiguen restablecer la relación terapéutica. En general, el personal considera que las medidas coercitivas tienen consecuencias negativas sobre los pacientes y sobre su relación con los mismos.

Entonces, ¿Es posible reducir las medidas coercitivas en psiquiatría? La estrategia de mejora debe ser un objetivo de todos los agentes y ha de contar con otros instrumentos de apoyo, como un plan de comunicación al conjunto de la sociedad, la suficiencia y capacitación del personal de las unidades de hospitalización, los mecanismos de control y los procedimientos de quejas y denuncias, que podrían implicar también al sistema judicial.

Como posibles alternativas, aparecen algunas relacionadas con los factores del entorno: poder disponer de un espacio separado, sin gente y con menos ruido. Respecto a los factores profesionales, destacan la relación entre el nivel de experiencia y conocimiento del personal sanitario y la capacidad de los mismos de fomentar opciones de manejo alternativas ante situaciones difíciles (6).

Por ello, señalan la necesidad de que los profesionales cuenten con conocimiento y habilidades para manejar estos incidentes, poniendo en evidencia la habitual falta de formación.

Se plantea así mismo la necesidad de gestión y apoyo al equipo por parte de la organización, mediante sesiones de “debriefing”, formación y supervisión clínica, así como el registro y adecuada evaluación de cada episodio (2).

En el ámbito de la salud, entendemos el “debriefing” como una conversación entre dos o más personas para repasar un evento o actividad simulada, en la cual los participantes exploran, analizan y sintetizan sus acciones y procesos del pensamiento, estados emocionales, entre otros aspectos, para mejorar el rendimiento en situaciones reales (7).

Uno de los estudios (8), encuentra que el “debriefing” sistemático es una herramienta que puede por sí misma lograr una drástica disminución en las tasas de contenciones y aislamiento, mientras que otro estudio (9) sugieren que, por sí solo, resulta insuficiente.

Sea como sea, y más allá de los cambios concretos y locales que puedan y deban hacerse, es necesario luchar contra la cultura que muchas veces sustenta la práctica de la restricción en psiquiatría.

Hacen falta medidas orientadas hacia la reducción o abolición de las contenciones: desde el diseño y tamaño de las salas de hospitalización hasta la mejora en la preparación del personal o la mayor implicación de los usuarios en los cambios necesarios.

Se pone por tanto en evidencia que para encontrar alternativas a las prácticas coercitivas es necesario tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto. Son necesarios cambios culturales, educacionales y organizacionales que permitan la introducción de nuevas prácticas (10,11).

Por lo tanto, es necesario realizar una revisión sistemática literaria sobre las medidas coercitivas desde el punto de vista enfermero para proponer posibles mejoras o alternativas a dichas medidas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo mejorar la práctica asistencial en el cuidado de las personas que padecen problemas de salud mental?

2. OBJETIVOS

Objetivo principal:

1. Identificar y conocer las medidas coercitivas utilizadas actualmente en los ámbitos de salud mental.
2. Proponer alternativas para la reducción de dichas medidas coercitivas con el fin de mejorar el cuidado asistencial en paciente psiquiátrico.
3. Conocer herramientas para la prevención de ingresos involuntarios basados en el refuerzo de la adherencia.

Objetivo secundario:

4. Identificar los requisitos de enfermería para poder proporcionar unos cuidados dignos a personas que sufren patología mental.

Objetivo operacional:

5. Realizar una revisión sistemática de la literatura.

3. METODOLOGÍA

Diseño

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura desde el año 2005 hasta artículos publicados actualmente. El primer paso consistió en realizar una revisión detallada de la literatura científica sobre el uso de las medidas coercitivas en el ámbito de la salud mental y sus posibles alternativas para reducir su utilización, siempre desde la perspectiva enfermera y la de los pacientes, con el fin de tener una visión general sobre la literatura existente.

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se realizó una clasificación de las posibles palabras clave en temas y sinónimos (Anexo 2 – Tabla 2). A continuación, se realizaron diversas búsquedas con dichas palabras en la base de datos PubMed con el fin de comprobar su especificidad y sensibilidad (Anexo 3 – Tabla 3). Se combinaron las palabras mediante una búsqueda avanzada formulando un total de 7 búsquedas bibliográficas hasta determinar la combinación definitiva (Anexo 4). La estrategia de búsqueda definitiva destacó a tres conceptos: perspectiva enfermera, cuidado de la salud mental y reducción medidas coercitivas (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia final de búsqueda

Nurs* perspective	1	Nurs* perspective
	2	Perception
	3	Descriptions
	4	Experiences
	5	Attitudes
	6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5
Mental health care	7	Mental health care
	8	Psychiatry community
	9	7 OR 8
Reducing coercive measures	10	Reducing coercive measures
Estrategia final	11	6 OR 9 AND 10

*El cronograma sobre las actividades realizadas mensualmente queda reflejado en el Anexo 1 – Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de los artículos, los criterios de inclusión utilizados fueron que los artículos estuvieran centrados en la reducción de medidas coercitivas en el ámbito de salud mental y que estuvieran realizados desde la perspectiva enfermera. También se incluyeron aquellos que contaban con la perspectiva de otros profesionales sanitarios que hicieran referencia a un cuidado adecuado y siempre y cuando fueran coherentes con la pregunta de investigación. Finalmente, los pacientes en cuestión debían de tener entre 18-65 años. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: no acceso al texto completo en un idioma distinto al español, catalán, inglés o francés; artículos que no propusieran alternativas a las medidas coercitivas establecidas actualmente, o bien, artículos anteriores a 2005.

Selección de artículos

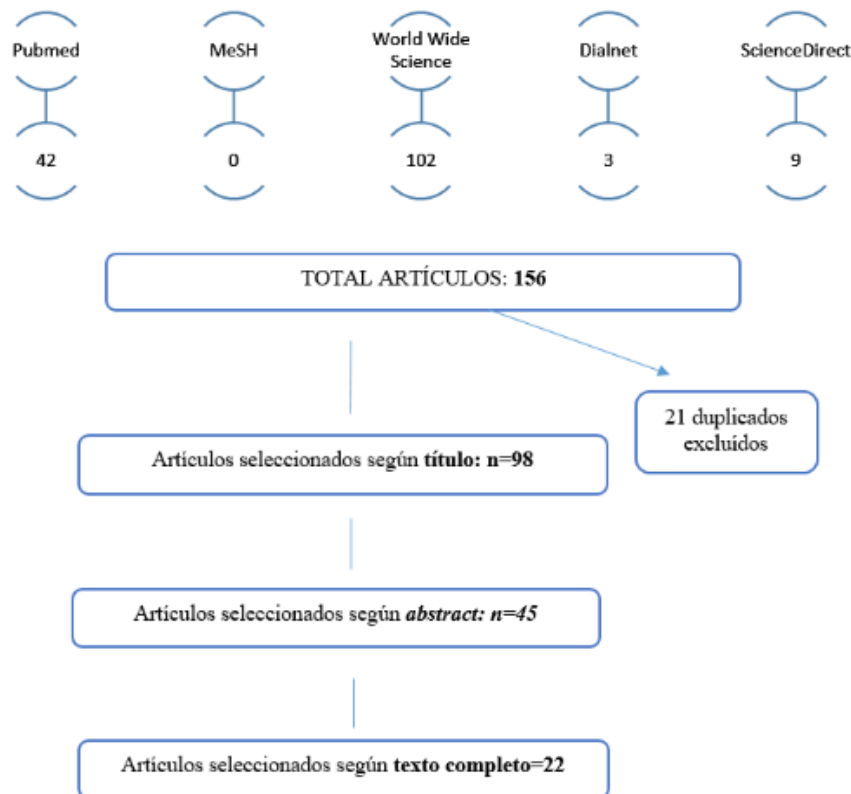
Una vez determinada la estrategia final de búsqueda y teniendo en cuenta los anteriores criterios, se realizó la selección de artículos mediante una revisión sistemática. Tras aplicar la estrategia de búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos como: *PubMed*, *CINAHL* y *Web of Science*, en primer lugar, se seleccionaron los artículos que potencialmente respondían a la pregunta de investigación según el título (fase 1), en segundo lugar, según el *abstract* (fase 2) y, por último, según el texto completo (fase 3). Finalmente se incluyeron 22 artículos (Figura 1).

Rigor

Se utilizó la guía PRISMA (12) con el fin de asegurar la calidad de esta revisión sistemática (Anexo 5). El gestor bibliográfico utilizado para exportar los artículos, archivarlos y realizar una adecuada referencia bibliográfica en estilo *Vancouver*, fue *Mendeley* (Anexo 9). Además, mediante dicho gestor bibliográfico se eliminaron artículos duplicados.

Analizados todos los artículos seleccionados, no se consideró necesario eliminar ninguno, ya que en general, todos cumplen con los criterios de calidad y con la normativa básica.

Para analizar más fácilmente los artículos seleccionados, se ha descrito una tabla explicativa en la que se muestra cada artículo por autor/es, año de publicación, metodología, resultados del estudio y conclusión (Anexo 7).

Figura 1. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de artículos

Consideraciones éticas

Debido a que la tipología del trabajo es una revisión de la literatura, no se ha precisado solicitar la aprobación de un comité de ética ni elaborar un consentimiento informado, ya que todos los artículos analizados ya han sido previamente revisados por sus respectivos comités locales.

En ningún caso se ha realizado el plagio de los textos consultados, incluyendo las referencias siempre que ha correspondido en este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo mediante las normas de presentación de la Universidad Internacional de Cataluña con las normas de citación y referenciación de Vancouver.

Además, se declara no tener ningún conflicto de interés con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis bibliométrico

Los 22 artículos incluidos en el estudio fueron descritos y sintetizados en 2 tablas (ver Anexo 6 – Tabla 4 y Anexo 7 – Tabla 5). El análisis muestra que la gran mayoría de artículos se llevaron a cabo en un contexto de hospitalización, en ámbito psiquiátrico, teniendo en cuenta la visión enfermera.

El estudio recoge artículos publicados entre el año 2005 – 2019, sin tener en cuenta ningún filtro cronológico, teniendo presente que la información utilizada en los artículos más antiguos aportaba información relevante de acuerdo con los objetivos establecidos de la revisión.

La Tabla 2 muestra el interés creciente desde el año 2005 sobre la abolición de las medidas coercitivas en los servicios de salud mental. Conforme han ido pasando los años, el número de artículos sobre dicho tema ha ido *in crescendo*. En la Tabla 2, se observa claramente que en la última franja cronológica se dobla el porcentaje de artículos encontrados. También se categorizaron los artículos por diseño (ver Tabla 3), predominando claramente los estudios descriptivos cualitativos y revisiones de la literatura.

En esta revisión ha predominado la investigación cualitativa ya que la base, es de carácter subjetivo, y la recolecta de datos se puede codificar de forma numérica, como queda reflejado en las siguientes tablas.

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios, se destaca que el 40,90% fueron llevados a cabo en el Reino Unido. Estados Unidos y Noruega fueron la segunda y tercera fuente más importante de artículos. Finalmente, el continente europeo, destacando España, en Alemania y Francia, también se recogieron un 4,54% de artículos de cada uno de los países (Tabla 4).

Tabla II. Resultados de la estrategia de búsqueda según año de publicación

Año de publicación	Porcentaje (%)	N=
2005 - 2010	22,7%	5
2011 - 2014	27,3%	6
2015 - 2019	50%	11

Tabla III. *Categorización por diseño de los artículos incluidos*

<i>Tipo de estudio</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>N=</i>
CUANTITATIVOS	9,09%	2
<i>Diseño experimental de grupo –control</i>	4,54%	1
<i>Transversal multicéntrico</i>	4,54%	1
CUALITATIVOS	59,09%	13
<i>Descriptivo</i>	18,18%	4
<i>Retrospectivo</i>	9,09%	2
<i>Regresión logística</i>	4,54%	1
<i>Informe investigación</i>	9,09%	2
<i>Prospectivo</i>	18,18%	4
Revisiones de la literatura	31,81%	7
<i>Revisión sistemática narrativa</i>	9,09%	2
<i>Revisión sistemática empírica</i>	4,54%	1
<i>Revisión sistemática basada en la evidencia</i>	4,54%	1
<i>Revisión sistemática</i>	13,63%	3

Tabla IV. Porcentaje y número de artículos clasificados por país

País	Porcentaje (%)	N=
Reino Unido	40,90%	9
USA	13,63%	3
Noruega	13,63%	3
Suiza	9,09%	2
Canadá	4,54%	1
España	4,54%	1
Países bajos	4,54%	1
Francia	4,54%	1
Alemania	4,54%	1

En el Anexo 8 – Tabla 6, pueden observarse las revistas que más coinciden entre los diferentes artículos. Las revistas seleccionadas como más relevantes han sido las que han publicado al menos 2 artículos, siendo *Psychiatric Services* la que presenta más coincidencias.

4.2. Análisis de contenido

Tras la lectura, revisión y síntesis de los 22 artículos incluidos en esta revisión, se identificaron dos temas que dieron respuesta a la pregunta de investigación. En primer lugar, se revisa la prevención de la contención y el aislamiento en las unidades de agudos, ejemplificando las estrategias para la reducción de la coerción con las buenas prácticas recogidas, y en segundo lugar, se discuten las estrategias para prevenir los ingresos no voluntarios, distinguiendo entre las intervenciones dirigidas a reforzar la adherencia y las que persiguen incrementar la autonomía de los usuarios.

A. La prevención de la contención y el aislamiento

La coerción en las unidades de salud mental hospitalarias para pacientes adultos en situación aguda es la más llamativa, ya que representa una gran parte de la coerción existente. Aunque también cabe destacar que las intervenciones coercitivas y el aislamiento se utilizan en las unidades de agudos de adultos, pero también en unidades para niños y adolescentes, en unidades de otras especialidades médicas, en urgencias del hospital y, sobre todo, en residencias geriátricas.

En la bibliografía se identifican las siguientes estrategias para prevenir dichas medidas (5):

- El factor liderazgo.
- Registro y monitorización de los episodios de coerción.
- Formación del personal en técnicas de des-escalamiento.
- Análisis post-incidente.
- Implicación de los usuarios y sus familiares.
- Uso de herramientas preventivas.
- Equipos de respuesta rápida.
- Dispositivos sensoriales.
- Cambios normativos.
- Incremento de la ratio de personal.
- Atención centrada en el trauma.
- Mejoras en la habitabilidad de las unidades.
- Evaluación del riesgo de agresión.

Por su interés, resumimos los aspectos más relevantes:

Liderazgo: casi todos los artículos revisados y prácticamente todas las *Guía Práctica Clínica* consideran indispensable que un miembro de la plantilla de la Unidad de Agudos, apoyado por la Dirección, tome a cargo la tarea de desarrollar e impulsar una política de reducción del uso de la contención y el aislamiento que emprenda los cambios organizativos y de gestión necesarios para lograrlos (2).

Formación: especialmente del personal de enfermería, en técnicas de gestión de conflictos (des-escalamiento, manejo de ira), cuidados de enfermería para el estrés post-traumático y de habilidades que promuevan un ambiente terapéutico en la unidad (conocimientos y actitudes sobre la “recuperación”, habilidades para establecer una relación terapéutica, para poner límites sin confrontar etc.) (13).

Análisis post-incidente: analizar y reflexionar críticamente sobre los factores determinantes de cada incidente de contención inmediatamente después del acontecimiento. El análisis post-incidente, se basa en el concepto “debriefing” y en la “práctica reflexiva” de enfermería, la cual influye en la relación del cuidado con los pacientes, así como las formas de repercusión de dicha práctica también afectan en la socialización entre profesionales, en su aprendizaje y en su identidad personal (14). Se desarrolla en dos sesiones, una inmediatamente después de concluido el incidente, con las personas involucradas, y otra, más formal, dentro de las 48h siguientes, con la participación de todo el personal sanitario, el paciente y, en algunos casos, algún familiar (15).

Implicación del usuario: esta estrategia implica la inclusión completa y formal a todos los niveles de usuarios, familiares y agentes externos en el desempeño de roles concretos en relación con el programa de reducción de la contención y el aislamiento (2).

Herramientas para la prevención: el empleo de medios y herramientas específicamente desarrollados para prevenir la violencia y reducir la frecuencia de uso de la contención, tales como cuestionarios para identificar el riesgo de violencia, técnicas de valoración del trauma, planes de seguridad, “habitaciones sensoriales”, etc. (6).

Podríamos concluir que la escasez de estudios empíricos bien diseñados impide hacer recomendaciones definitivas. La falta de rigor en la descripción de la naturaleza de los ingresos en las unidades en las que se han encontrado resultados positivos, merma la credibilidad de los resultados.

No obstante, se puede decir que probablemente los programas más eficaces emplean una combinación simultánea de al menos cuatro estrategias: liderazgo, registro y monitorización, formación del personal y participación de los usuarios (16).

1.1. Promoviendo una cultura incompatible con la coerción

¿Hasta qué punto el fracaso de las medidas para suprimir la coerción puede depender de un factor ambiental, de una cultura compartida que legitima moralmente el uso de violencia y que se constituye en una barrera casi infranqueable para conseguir servicios de salud mental libres de coerción? (17). El personal que tiene que participar en procedimientos de contención en el curso de su trabajo, dispone de mecanismos cognitivos para “desvincularse” moralmente de su responsabilidad. Estos mecanismos incluyen la deshumanización de la víctima (“es un psicótico”), el re-etiquetado de la contención como “acto terapéutico” en lugar de “acto de violencia” y la minimización de sus consecuencias, tratando de justificar la contención como una respuesta moralmente justificada e incluso saludable.

Existen ejemplos en los que la cultura compartida de los profesionales impide o dificulta de forma importante la justificación del uso de la coerción en una relación de ayuda. Mencionaremos dos: el modelo Tidal y la práctica “Primero No Forzar”.

1.1.1 Modelo Tidal

El **Modelo Tidal** (18) es un modelo de atención en enfermería de SM, iniciado en New Castle en 2001. En la actualidad, está implantado en más de 100 unidades de agudos en Inglaterra. Se basa en la conversación terapéutica (lenguaje del usuario, empatía, uso de metáforas y negociación), individual/grupal, estructurada, de base constructivista, basada en la recuperación, para facilitar el empoderamiento y la reconstrucción del relato personal.

Gordon W et al, en 2005 (19), realizaron en dos unidades de hospitalización una comparación antes y tras un año de implantación del modelo Tidal, una en Birmingham (2004) y la otra en New Castle (2001). Encontraron una reducción del 67% de episodios de contención mecánica, una reducción del 57% de incidentes graves, un aumento de la satisfacción en el trabajo del personal de enfermería y una mayor satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

1.1.2. Primero No Forzar

Los autores del modelo, describen la política **“Primero no Forzar”** (20) como la extensión del modelo de recuperación que llevó a cabo *Recovery Innovations*, una corporación sin fines de lucro fundada en 1990 que provee servicios de salud mental en una gama de programas orientados a la recuperación en cuatro estados en los Estados Unidos y uno en Nueva Zelanda, dedicados a promover de forma activa la eliminación del uso de la fuerza por ser incompatible con los valores de recuperación.

La política de “Primero no Forzar” (PNF) se instituyó en 2006 y se convirtió en un valor en toda la empresa, dando forma a la prestación de servicios y en todos los niveles de atención, incluidos en los servicios de atención en crisis, donde la fuerza tendría más probabilidades de ser utilizada. La política de PNF establece que la fuerza de cualquier tipo se usa como último recurso, incluso cuando las personas pueden parecer peligrosas para ellos mismos o para otros. Se resume en los siguientes principios:

1. Hacer pública la política “PRIMERO NO FORZAR”.
2. Definir el uso de la coerción como un fracaso terapéutico.
3. Disponer de un programa para erradicar la coerción, incluyendo el aislamiento, la contención y la medicación forzada.

B. Prevención de ingresos involuntarios

El planteamiento de la reducción de medidas coercitivas haciendo uso de otras medidas coercitivas no es compatible con una clínica basada en el respeto de las personas.

En el caso de internamiento psiquiátrico, hoy en día se dispone de una norma procedimental sin norma sustantiva, es decir, no podemos olvidar que la restricción de un derecho fundamental, en este caso, la libertad, debería ser una regularización del rango cualificado. Por lo tanto, el ingreso involuntario está directamente relacionado con las medidas coercitivas.

S. Priebe et al, en 2013 (21), llevan a cabo un ECR para estudiar la eficacia de un incentivo económico para mejorar la adherencia y reducir los ingresos no voluntarios. Comparan un grupo de pacientes con trastornos psicóticos, no adherentes, incentivados durante 12 meses con 15 libras esterlinas cada vez que se dejaban administrar medicación inyectable, con otro grupo sin incentivación económica.

La adherencia mejoró significativamente durante la intervención, pero no durante el seguimiento. No hubo diferencias en reingresos, ni en ingresos no voluntarios.

En conclusión, la incentivación económica mejoró la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y la relación con el personal sanitario, pero no redujo la frecuencia de los ingresos involuntarios (21).

Otro ítem para la reducción de ingresos involuntarios es la terapia de adherencia al tratamiento (TAT). La entrevista motivacional, la optimización de la dosis y los recordatorios TAT mejoraron la adherencia y redujeron la frecuencia de los ingresos involuntarios pero no de forma estadísticamente significativa (21).

Staring et al, en 2010 (22), definieron la TAT o terapia de adherencia al tratamiento como una intervención basada en un modelo teórico empírico, en el cual los determinantes de la no adherencia de los pacientes se agrupan en 3 grupos (23):

- Primer grupo: Individuo que niega su enfermedad y no ha integrado la enfermedad y el tratamiento a la vida.
- Segundo grupo: Persona que no está satisfecha con su medicación debido a sus efectos secundarios o baja eficacia.
- Tercer grupo: Persona que carece de las habilidades cognitivas o la estructura diaria para participar de manera efectiva en el tratamiento.

De acuerdo con el modelo TAT, cada individuo que no es adherente tendrá al menos uno de estos factores presentes, lo que explica el comportamiento no adherente. La intervención está orientada a mejorar la adherencia mediante: 1) entrevista motivacional para incrementar la aceptación del trastorno, 2) estrategias para optimizar la dosis y reducir efectos secundarios, y 3) instrucciones, recordatorios y resolución de problemas para minimizar dificultades cognitivas.

Este ensayo clínico (23) compara TAT con tratamiento habitual en pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio y con dificultades de adherencia. En el grupo experimental se produjo una reducción casi significativa de ingresos involuntarios además de mejorar la adherencia, pero en cambio, no mejoraron los niveles de estigma o calidad de vida, es decir, la enfermedad mental aún suscrita al rechazo, y éste bloquea las aspiraciones de recuperación y reinserción del enfermo.

La psicoeducación junto con “fichas de crisis” y monitorización telefónica mensual, lo cual se entiende como un programa protocolizado en el cual incluye la posibilidad de acompañamiento y seguimiento por un sanitario referente, disminuyó los ingresos involuntarios y la duración de las estancias hospitalarias, pero tuvo baja aceptación.

Los procedimientos basados en el refuerzo de la adherencia de la medicación parten de la hipótesis que la adherencia conduce a la mejoría clínica y ésta, a la reducción del número de ingresos no voluntarios. Sin embargo, ésta hipótesis no está probada. El efecto de la adherencia probablemente depende del contexto y de la forma como el paciente experimenta los intentos de incrementarla. La percepción de una presión inapropiada puede generar reacciones negativas. Por otro lado, aunque en sí misma no tiene por qué serlo, esta forma de intervención tiene el riesgo de convertirse en una forma de coacción y, por lo tanto, de coerción, como bien definimos más arriba.

En una experiencia realizada en cuatro centros del servicio de salud mental noruego (24), se ofrece un contrato al usuario en el que se especifican los objetivos del programa y las condiciones bajo las cuales puede ingresar sin consultar con su médico. El hospital reserva camas para este uso. Mientras dura el contrato, el paciente continúa recibiendo el tratamiento habitual pudiendo ser ingresado, incluso en contra de su voluntad, si fuera necesario.

Esta revisión sistemática revela seis estudios que comparan los resultados antes y después de la introducción del programa. Se constata un aumento de la autoestima y autonomía del paciente, una recuperación de la función “refugio”, es decir, lugar seguro, por parte del hospital, una reducción de los tiempos de estancia y una reducción de la coerción, incluyendo una notable disminución del número de ingresos no voluntarios.

El programa de contratos para el ingreso por iniciativa propia es sugerente y podría emplearse como factor de empoderamiento en conjunción con los PCA en el contexto de una estrategia general en la toma de decisiones compartida, pero su eficacia para reducir los involuntarios está por demostrar.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Más allá del cambio en las instituciones para que la coerción desaparezca, es también necesario un cambio en la sociedad. Por todo ello, creemos necesario que se pongan en marcha iniciativas que tengan en cuenta las evidencias encontradas y los principios en las que se sustentan. Por ello proponemos:

1. Visibilizar. Debe existir información clara y transparente sobre el uso de la coerción en recursos públicos y privados. Este es el primer paso para poder conocer en profundidad el uso de dichas medidas en los servicios de salud mental, las diferencias entre las mismas y establecer medidas correctoras y protocolizadas cuya eficacia pueda ser conocida también. Para cumplir este objetivo proponemos:

- La creación de un registro respaldado institucionalmente que recoja:

- Episodios de coerción
- Ingresos involuntarios

Debe existir un compromiso que obligue a mantener el registro y la calidad del mismo con un conjunto mínimo de datos (16,25,26).

2. Creación de una comisión independiente formada por representantes de asociaciones de profesionales, de asociaciones de pacientes y familiares, que sustente:

- Informe anual basado en el registro sobre el uso de la coerción. El informe ha de hacerse público.

- En base al informe anteriormente mencionado, la comisión tomará las medidas pertinentes para reducir el uso de la coerción. La eficacia de dichas medidas se valorará en los sucesivos informes (6).

3. Visibilizar y potenciar aquellas unidades que desarrollen estrategias para reducir el uso de la coerción, así como favorecer la expansión de prácticas libres de coerción. En esta revisión, se ha intentado transmitir la preocupación actual sobre los derechos de las personas, y especialmente, en los momentos de mayor dificultad y vulnerabilidad y se ha apostado por seguir profundizando en la permanente necesaria reflexión sobre la erradicación de tantas actitudes violentas que se producen en las prácticas asistenciales, especialmente en el ámbito de salud mental (27–29).

Como hemos visto en la revisión de la literatura y el desarrollo de prácticas en nuestro entorno, es posible reducir la coerción e incluso podría llegar a ser posible la eliminación de medidas coercitivas. Como señala Basaglia (30), “el tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales, sólo es posible si los pacientes psiquiátricos son libres y tienen una relación con los trabajadores de la salud caracterizada por la reciprocidad y la preservación del poder de negociación.”

Por tanto, se ha pretendido dar visibilidad a la importancia de unos cuidados dignos y siempre respetando la libertad del paciente y de su familia, contribuyendo a una formación del personal sanitario más humanizada. Aplicando los cuidados descritos en el trabajo, así como las alternativas propuestas con el fin de conseguir una reducción e incluso abolición de las prácticas coercitivas llevadas a cabo en el ámbito de salud mental.

No siempre la búsqueda de soluciones frente a las dificultades que presentan las personas, respecto a su salud mental, han estado guiadas por consideraciones éticas. Es más, con mucha frecuencia aún en la actualidad, el establecimiento de objetivos no ha contado con la necesaria evaluación hacia un bien común, un bien común que se base en la verdad y no en la opinión de cada uno. La reflexión sobre nuestras acciones y sus efectos es fundamentalmente ética, porque la aplicación de cualquier metodología o técnica ha de estar regida por un conjunto de valores que la orientan y le dan sentido. Desde esta perspectiva, podemos decir que la violencia, en cualquiera de sus formas, ejercida sobre un sujeto (en nuestro caso, un paciente), o colectivo para obtener un bien, aunque parezca que sea bueno, es totalmente rechazable ya que el fin no justifica los medios (2,4).

El análisis de los resultados y la reflexión sobre la justificación de los mismos nos permite plantear las siguientes conclusiones que expresamos como síntesis de este trabajo:

- La experiencia subjetiva de los pacientes sometidos a medidas de coerción está relacionada con el respeto durante la aplicación, las características ambientales y el procedimiento utilizado. Las técnicas *debriefing*, donde los participantes analizan y sintetizan actividades simuladas con el fin de mejorar el rendimiento, reducen la experiencia negativa de los pacientes, haciéndose necesario su introducción y generalización en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

- Un alto porcentaje señala los efectos adversos y negativos de la experiencia subjetiva de las medidas coercitivas, llegando incluso a asociarse con la generación de nuevos problemas médicos como el trastorno de estrés postraumático. En menor proporción, se reflejan experiencias subjetivas positivas principalmente relacionadas con sentimientos y auto percepciones de seguridad y protección con la aplicación de determinadas técnicas coercitivas como la contención mecánica o el aislamiento.
- Las preferencias de los pacientes deben ser consideradas a la hora de aplicar medidas coercitivas. La administración de medicación forzosa resulta ser la medida preferida por los pacientes en comparación con el aislamiento o la contención mecánica.
- En general, la utilización de medidas coercitivas es justificada por los profesionales de la salud como medida de último recurso para proteger la seguridad del paciente y del entorno.
- La elaboración de un perfil de riesgo de los pacientes a su ingreso y la intervención temprana en situaciones de escalada de agitación mediante técnicas de intervención reglada prevendría el uso de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica.

Es momento de decir que la desinstitucionalización manicomial no ha significado necesariamente la desinstitucionalización de las prácticas coercitivas, violentas y atentatorias a la dignidad y demás derechos de las personas. Por eso, reflexionar sobre el riesgo de esas posibles indeseables situaciones, e intentar un análisis de las condiciones o situaciones que pueden producirse, no obedece más que a la exigencia ética de poner en juicio nuestras prácticas para lograr la mejora de las mismas (2).

Por todo ello, el debate actual sobre las medidas coercitivas, tanto en el ámbito sanitario como el social, el cuestionamiento de la idoneidad y eficiencia de sus indicaciones y las condiciones de la práctica de dichos procedimientos, es de gran interés, tanto por la frecuencia de uso en determinadas circunstancias, como por la afeción directa de los derechos fundamentales, como la libertad del individuo y el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal (26).

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN

En base a los resultados obtenidos en la revisión sistemática de la literatura, se considera relevante resaltar algunos aspectos que podrían tener implicaciones en la práctica clínica.

Primeramente, cabe destacar la importancia de concienciar a los profesionales de enfermería de que el fin de los cuidados de personas con cualquier tipo de patología, mayormente en el caso de salud mental, siempre debe ser la mayor calidad de vida posible del paciente, asegurando su autonomía y preservando su dignidad evitando prácticas violentas. Por lo tanto, lo primero y más importante, es la buena formación de los profesionales dirigida establecer buenas prácticas y dirigidas hacia una perspectiva claramente holística. Además, se considera clave atender las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones: la física, asegurando el confort sin dolor y evitando los brotes; la emocional, proporcionando la escucha activa que necesitan; la existencial, velando por su bienestar y ayudando en la medida de lo posible, a su rápida re inserción en el mundo extra-hospitalario; y la social, manteniendo sus relaciones significativas. Pero además de dichas dimensiones, se considera esencial crear un vínculo enfermera - paciente, facilitando la comunicación y personalizando cada caso. Así como, realizando una planificación avanzada de los cuidados y haciendo partícipe al máximo posible la colaboración y autonomía del paciente en dichos cuidados.

Tras la síntesis de los estudios y teniendo presente las impredecibles actitudes de los pacientes psiquiátricos, se ha visto la necesidad de crear protocolos en todas las unidades que estandaricen cuidados de salud mental. Con esto, se conseguiría que la gran mayoría de pacientes, tuvieran la oportunidad de recibir cuidados de calidad durante sus estancias hospitalarias.

Esta revisión, por tanto, puede ser útil para concienciar al colectivo de enfermería sobre la importancia e impacto de su rol en ámbitos de salud, y especialmente en la salud mental, y de la necesidad de formarse e implicarse en los cuidados de dichos pacientes. Con el fin de conseguir un cuidado más humanizado y digno hacia los pacientes psiquiátricos.

7. IMPLICACIONES EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS

Uno de los objetivos de las políticas sanitarias es el de garantizar el acceso igualitario al sistema sanitario. Con la mejora de la formación de los profesionales y la aplicación de los cuidados enfermeros para una buena práctica en la asistencia en salud mental expuestos en esta revisión, mejoraría la calidad de la atención sanitaria y, consecuentemente, la satisfacción tanto de los pacientes, por ser atendidas dignamente y teniendo en cuenta sus necesidades, como de los profesionales, por sentirse seguros y realizados en su práctica diaria, llegando así a un punto de beneficio mutuo profesional-paciente.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto al orden en el que las medidas coercitivas deben implementarse, muchos estudios revelan que la secuencia lógica no está lo suficientemente demostrada y que existen relevantes diferencias entre los diferentes usuarios y profesionales de cada uno de los centros psiquiátricos. Se precisa, por tanto, de un mayor número de estudios que especifiquen qué protocolo es el más recomendable en cada caso y cuál es el mejor según las preferencias de los pacientes.

Además, se ha encontrado una falta de coincidencias o profundización en algunos temas considerados importantes desde el punto de vista enfermero, entre los 22 artículos incluidos.

9. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

El trabajo de Final de Grado lo definiría como un reto motivador, tanto a nivel personal como profesional, ya que supone la culminación de cuatro años de carrera. El hecho de realizar el trabajo me supuso un esfuerzo constante; leer muchos artículos, la gran mayoría en inglés, seleccionar la información correcta y que mejor se adecua al trabajo, pero detrás de todo el esfuerzo, en mí, ha habido una motivación y creencia de la abolición de las medidas coercitivas utilizadas actualmente en el ámbito de salud mental y algún día poder aplicar las alternativas nombradas en mi práctica diaria como profesional.

Trabajar sobre unos documentos, leerlos, releerlos, retocar y volver a revisar un trabajo hecho por mí misma me ha supuesto en ocasiones una sensación frustrante de no avance, pero finalmente he aprendido a valorar que de lo que yo creo que es correcto, podía mejorarlo cada vez más. Realizar esta revisión me ha servido tanto a nivel académico como a nivel personal, ya que considero que es un tema poco investigado y estoy orgullosa de haber aportado mi granito de arena.

De mi selección de posibles temáticas de TFG, me tocó mi cuarta opción, aunque era uno de los temas que llamaba más mi atención e interés, y creo que fue una gran ventaja. A parte de mi constancia, he aprendido a investigar de una forma rigurosa, con una visión y pensamiento crítico que anteriormente no utilizaba con tanta profundidad, a sintetizar la información más importante y relevante de 22 artículos en 2 grandes temas y 3-4 subtemas, a organizar mi tiempo, una buena y adecuada utilización de bases de datos con su consecuente búsqueda bibliográfica, a realizar una buena filtración de artículos potencialmente válidos según título, *abstract* y texto completo siempre considerando los criterios de inclusión y exclusión fijados en esta revisión, con el fin de centrarme en los artículos útiles que engloba el área de mi trabajo.

El inicio del TFG fue duro, ya que partía de cero; anteriormente no había realizado ningún trabajo tan extenso y no sabía ni cómo empezar. Por eso, las tutorías y seguimiento de mi tutora vía *e-mail*, han sido de gran ayuda, ya que me ha guiado y orientado cuando me sentía algo perdida, invitándome a reflexionar para mejorar los aspectos en los que más dudaba. Las tutorías, también me han ayudado a organizarme el trabajo para presentar *on time* las tareas y para la resolución de mis dudas.

Considero muy gratificante el soporte que te da el tutor, por lo menos en mi caso. Me he sentido acompañada y respaldada en todo momento, compartiendo opiniones sobre la visión que tenía del tema, de cómo lo quería enfocar y desarrollar el trabajo. Fue un impulso y verla tan confiada, y convencida de que saldría bien, me transmitió mucha tranquilidad.

A nivel personal, el trabajo me ha ayudado a reflexionar sobre la importancia de parar a pensar en los cuidados que como estudiante de enfermería estoy proporcionando a mis pacientes durante las prácticas e intentar mejorar hacia un cuidado mucho más holístico, evitando caer en la rutina y prisas del primer mundo. Además de aprender y mejorar mis dotes de búsqueda de información en fuentes fiables, también he mejorado mi redacción y organización de las ideas, mi capacidad de síntesis, así como mi pensamiento crítico.

Para concluir, diré que he acabado este trabajo con una sensación agridulce, por un lado, muy feliz y orgullosa del trabajo realizado después de todos estos meses de esfuerzo, pero, por otro lado, el fin de este trabajo simboliza también el fin de este bonito periodo y el vuelco a la vida laboral como enfermera, lo cual, a pesar de tener muchas ganas, impone. Considero que este trabajo me ha hecho crecer, no solo académicamente, sino también como persona y futura profesional.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Suárez M. Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental | Asociación Madrileña de Salud Mental [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-recuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez/>
2. Beviá, B., Bono A, Antonio J, Aróstegui I, Valverde Eizaguirre M, Rubio JL, Santos Urbaneja F, et al. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría A E N A E N Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2017.
3. Mayoral F, Torres F. Use of coercive measures in psychiatry. Vol. 33, Actas Espanolas de Psiquiatria. 2005. p. 331–8.
4. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación [Internet]. 220 p. Available from: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
5. Goulet MH, Larue C, Stafford MC, Dumais A. Profils de patients hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques intensifs : Isolés avec ou sans contention. Can J Psychiatry. 2013;58(9):546–50.
6. Wilson C, Rouse L, Rae S, Jones P, Ray MK. Restraint reduction in mental healthcare: A systematic review. Fulbourn, UK Cambridgesh Peterbrgh NHS Found Trust [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 31]; Available from: www.promise.global
7. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and styles of debriefing: The good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. Rev Esp Cardiol. 2015 Apr 1;68(4):282–5.
8. Petti TA, Mohr WK, Somers JW, Sims L. Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. J Child Adolesc Psychiatr Nurs;14(3):115–27. Available from: <https://search.proquest.com/openview/0282aa50efd7132f066de51ae8270c2c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=36261>

9. Haugom EW, Granerud A. Shielding in Mental Health Hospitals: Description and Assessment by Staff. *SAGE Open*. 2016 Feb 5;6(1).
10. Gagnon MP, Desmartis M, Dipankui MT, Gagnon J, St-Pierre M. Alternatives to seclusion and restraint in psychiatry and in long-term care facilities for the elderly: Perspectives of service users and family members. *Patient*. 2013 Dec;6(4):269–80.
11. Heumann K, Bock T, Lincoln TM. Please do Something - No Matter what! A Nationwide Online Survey of Mental Health Service Users about the Use of Alternatives to Coercive Measures;44(2):85–92. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/26668093>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG T. PRISMA 2009 Checklist. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [cited 2019 Dec 22];1–2. Available from: www.prisma-statement.org.
13. Paksarian D, Mojtabai R, Kotov R, Cullen B, Nugent KL, Bromet EJ. Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Serv*. 2014 Feb 1;65(2):266–9.
14. Jover Sancho M del C. La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente. *Programa Dr en Ciències d’Infermeria*. 2010;
15. Vergara J. Enfermería y seguridad del paciente: Metodologías de análisis de eventos adversos, análisis de causa raíz, ancla y protocolo de Londres. Available from: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2017/05/metodologias-de-analisis-de-eventos.html>
16. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv*. 2014;65(3):345–51.
17. Paterson B, Mcintosh I, Wilkinson D, Mccomish S, Smith I. Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(3):228–35.

18. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model - The 10 commitment. Available from: http://www.tidal-model.com/10_commitments.html
19. Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12(6):703–12.
20. Kallert W, Glocknert M et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data. *1389;1(4):53*.
21. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. 2016 Dec 1;11(12).
22. Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, Behrens J, Driessen M. Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. 2013 May;146(1–3):59–63.
23. Torras MG, Tomàs EP. Interventions to improve therapeutic adherence in subjects with schizophrenia;39(1):31–9. Available from: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2850>
24. Strand M, Von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015 Nov 17;69(8):574–86.
25. Molewijk B, Kok A, Husum T, Pedersen R, Aasland O. Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*. 2017 May 25;18(1).
26. Srebnik DS, La Fond JQ. Advance directives for mental health treatment. Vol. 50, *Psychiatric Services*. 1999. p. 919–25.
27. (PDF) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23167974_Structured_risk_assessment_and_violence_in_acute_psychiatric_wards_Randomised_controlled_trial
28. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q*. 2012 Mar;83(1):1–13.

29. Jalil R, Huber JW, Sixsmith J, Dickens GL. Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2017 Oct 1;75:130–8.
30. Basaglia F. La condena de ser loco y pobre - Alternativas al manicomio [Internet]. Second. Venice: Fichas para el siglo XXI; 2013. Available from: <https://es.slideshare.net/dangerous7/lacondenadeserlocoypobrealternativasalmanicomio>

11. ANEXOS

Anexo 1

Al inicio del curso se nos proporcionó en la Guía docente del alumno un cronograma estandarizado y orientativo con las actividades a realizar. Basándome en dicho cronograma, en la *Tabla 1* quedan reflejadas las actividades que finalmente se han realizado desde el mes de septiembre del 2019 hasta mayo del 2020.

OBJETIVOS TUTORÍAS TFG según **Tipología trabajo: Revisión de la literatura**

<i>12 sept – 6 Oct</i>	Tutoría grupal 1: Definir tipologías de trabajos. Establecer objetivos generales. Aclarar forma de trabajar en la asignatura. Valorar el compromiso del estudiante.
<i>23 Oct – 3 Nov</i>	1ª Tutoría individual: Concretar área y temática del trabajo. Establecer búsqueda bibliográfica: Guiar en las palabras clave, bases de datos. Centrar los objetivos del trabajo. Pactar normativa de referenciación bibliográfica. El estudiante conoce el uso de la normativa. Todas las búsquedas que se realicen, referenciadas. Anotar todas las fuentes empleadas. <u>Próxima tutoría:</u> Elaborar revisión bibliográfica general del área de estudio (bases de datos concretadas) Guion de trabajo elaborado.
<i>06 - 17 Nov</i>	Trabajo autónomo / Formación virtual /Seminarios
<i>20 Nov - 22 Dic</i>	2ª Tutoría individual: Mostrar manejo de la información seleccionada. Mostrar conclusiones extraídas. Analizar el índice del trabajo planteado por el alumno.

	<p><u>Próxima tutoría:</u></p> <p>Preparar los objetivos del trabajo. Plantear el inicio de la redacción de la introducción.</p> <p>Concretar marco teórico.</p>
08 En – 02 Feb	<p>3ª Tutoría individual:</p> <p>Objetivos del trabajo cumplidos.</p> <p>Cumplimentada la introducción y los objetivos.</p> <p>Revisar búsqueda bibliográfica. Acorde a los objetivos.</p>
05 Feb – 9 Mar	<p>4ª Tutoría individual</p> <p>Objetivos cumplidos: Introducción, objetivos, marco teórico actualizados. Presentar boceto de la búsqueda bibliográfica. Se empiezan a entrever conclusiones del trabajo.</p> <p><u>Próxima tutoría:</u> Preparar la redacción de las referencias. Presentar tabla de resultados de la búsqueda. Bibliografía adecuada y bien referenciada.</p>
12 Mar – 06 Abr	<p>5ª tutoría individual</p> <p>Corrección de errores, dudas. Versión prácticamente final de la introducción. Inicio de la redacción de los resultados y conclusiones acordes a los objetivos planteados.</p> <p><u>Próxima tutoría:</u> Preparar fin de documento; dudas. Empezar a pensar en la defensa del trabajo.</p>
DIA?	<p>Grupo grande. Explicación defensa oral a todo el grupo.</p>
10 – 16 Mayo	<p>6ª Tutoría individual: Feed-back del TFG entregado casi como definitivo.</p>
22 – 29 Mayo	<p>7ª Tutoría individual: Preparación y ensayo defensa oral.</p>

Tabla 1. Cronograma de actividades

<i>Fecha</i>	<i>Actividades</i>
Septiembre 2019	<p>Asignación tema TFG (Trabajo final de grado).</p> <p>Presentación asignatura.</p> <p>1ª tutoría grupal.</p> <p>Lluvia de ideas para concretar el enfoque del trabajo.</p> <p>Organización plazos de entrega y próxima tutoría individual.</p> <p>Seminarios 1-2-3-4-5-6.</p>
Octubre 2019	<p>Seminarios 7-8-9-10.</p> <p>1ª Tutoría individual.</p> <p>Selección palabras clave.</p> <p>Selección bases de datos.</p>
Noviembre 2019	<p>2ª Tutoría individual.</p> <p>Primera idea de índice.</p> <p>Planteamiento estrategia de búsqueda.</p> <p>Selección definitiva artículos escogidos.</p>
Diciembre 2019	<p>Lectura de artículos.</p> <p>Inicio redacción de la introducción.</p> <p>3ª Tutoría individual.</p>
Enero 2020	<p>4ª Tutoría individual.</p> <p>Redacción de metodología y resultados.</p> <p>Revisión de los anteriores apartados.</p> <p>Realización de tablas y figuras.</p>
Febrero 2020	<p>5ª Tutoría individual.</p> <p>Resolución de dudas.</p>

	<p>Redacción de los sub-apartados del trabajo.</p> <p>Repaso bibliografía.</p> <p>Inicio de la redacción de la conclusión.</p>
<i>Marzo-Abril 2020</i>	<p>Resolución de dudas vía e-mail.</p> <p>Repaso de la bibliografía.</p> <p>Seminarios 11-12.</p> <p>Revisión con correcciones del Trabajo.</p> <p>Presentación de portafolio prácticamente definitivo.</p> <p>Preparación y ensayo de la defensa oral.</p>
<i>Mayo 2020</i>	<p>6º Tutoría individual.</p> <p>Entrega pre-definitiva TFG.</p> <p>Entrega definitiva TFG.</p> <p>Evaluación entre iguales.</p> <p>Preparación del PowerPoint.</p> <p>Preparación de la defensa oral.</p>

*Anexo 2***Tabla 2.** Clasificación de las posibles palabras clave mediante temas y sinónimos.

<i>Coercive measures</i>	<i>Mental health</i>	<i>Nurses</i>	<i>Perspective</i>
Coercion	Psychiatric area	Nursing	Perception
0 contentions	Coercion in psychiatry	Nurse	Descriptions
No contentions	Community psychiatry	Nursing personnel	Experiences
Contentions reducing		Registered nurses	Attitudes
Reduce coercive measures		Nurs*	Ethical conflict

*Anexo 3***Tabla 3.** Posibles palabras clave con número de resultados en PubMed.

Tema	Sinónimos	Resultados totales Pubmed
Coercive measures		562
	Coercion	6.676
	0 contentions	40
	No contentions	370
	Contentions reducing	5
	Reduce coercive measures	79
Mental health		347.562
	Psychiatric area	208.214
	Coercion in psyquiatry	1632
	Community psyquiatry	47.770
Nurses		228.962
	Nursing	685.224
	Nurse	302.788
	Nursing personnel	345.104
	Registered nurses	228.967
	Nurs*	940.095
Perspective		234.356
	Experiences	574.988
	Attitudes	555.637
	Ethical conflict	19.147
	Perception	464.877

Anexo 4

A continuación, se presentan las búsquedas realizadas hasta encontrar la definitiva.

1- (((((((coercive measures) OR coercion) AND nursing perspective) OR nursing perception) AND mental health)))

2- (((reducing coercive measures) OR coercion reducing) AND psychiatry) OR mental pathology) AND nursing

3- (((alternatives mental care) OR abolition coercion) AND nursing perspective) AND attitudes

4- (((reduction coercion) AND mental health) OR psychiatry Community care) AND nursing

5- ((((((no contentions) OR 0 contentions) AND nursing perception) OR nursing perspective) AND mental health) AND ethical conflict


6- (((reducing coercive measures) OR 0 contentions) AND mental health) OR) AND nursing personnel) OR nursing perspective

7. (((nurs* perspective OR perception OR descriptions OR experiences OR attitudes) AND (mental health care OR psychiatry community) AND (reducing coercive measures)))

Anexo 5

A continuación, se muestra la Guía PRISMA mediante la cual se ha asegurado el rigor de la revisión sistemática realizada.

Figura 2. Guía PRISMA

			
Sección/tema	#	Ítem	Presente en página #
TÍTULO			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos.	
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al se pueda acceder (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.	
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ejemplo, años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados de tal forma que pueda ser reproducible.	
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ejemplo, el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis).	
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ejemplo, formularios dirigidos, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, PICOS fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.	
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.	
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ejemplo, razón de riesgos o diferencia de medias).	
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, si se hiciera, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I ²) para cada metaanálisis.	



PRISMA 2009 Checklist (Spanish version - versión española)

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ejemplo, sesgo de publicación o comunicación selectiva).	
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), si se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados.	
RESULTADOS			
Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ejemplo, tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12).	
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado para cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (forest plot).	
Síntesis de los resultados	21	Presentar resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	
Riesgo de sesgo entre los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15).	
Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [ver ítem 16]).	
DISCUSIÓN			
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ejemplo, proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud).	
Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ejemplo, riesgo de sesgo) y de la revisión (por ejemplo, obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva).	
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias así como las implicaciones para la futura investigación.	
FINANCIACIÓN			
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ejemplo, aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática.	

Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

Para más información, visite: www.prisma-statement.org.

Anexo 6

A continuación, se presenta la Tabla 4 que describe los artículos incluidos en la revisión sistemática de la literatura llevada a cabo para realizar el estudio.

Tabla 4. Descripción de los artículos incluidos

Autores y año	Diseño	Muestra	Contexto	País
A. Bevià, B. Bono. 2017.	Estudio cualitativo descriptivo	Comunidades autónomas españolas	No aplicable	España
B. Molewijk, A. Kok, T. Husum. 2017.	Estudio descriptivo transversal	No especificado	Hospitalización	Noruega
I. Georgieva, C. Mulder, A. Wierdsma. 2011.	Regresión logística	161 pacientes psiquiátricos	Hospitalización	Holanda
M. Goulet, C. Larue, M. Stafford. 2013.	Estudio retrospectivo	114 pacientes admitidos en la unidad de psiquiatría	Hospitalización	Canadá
T. W. Kallert, L. Magliano, F. Torres-González. 2005.	Informe de investigación	Estudio descriptivo que incluye 13 centros de 12 países europeos	No aplicable	Europa
P. McLaughlin, D. Giacco, S. Priebe. 2016.	Estudio prospectivo	Muestra incluye 10 países europeos	Hospitalización	Europa

M. C. Angermeyer, S. Dietrich. 2006.	Revisión descriptiva de investigación	Muestra de 33 estudios nacionales y 29 estudios locales y regionales europeos.	No aplicable	Alemania
J. Costemale-Lacoste, C. Trichard. 2019.	Estudio prospectivo	No especificado	Hospitalización	Francia
J. Guzman-Parra, J. A. García, I. Pino-Benítez. 2015.	Análisis comparativo retrospectivo	No especificado	Hospitalización	España
D. Paksarian, R. Mojtabai, R. Kotov. 2014.	Estudio cohorte prospectivo	628 pacientes internados	Hospitalización	Reino Unido
E. Haugom, A. Granerud. 2016.	Cualitativo descriptivo y exploratorio	No especificado	Hospitalización	Noruega
C. Wilson, L. Rouse, S. Rae. 2015.	Revisión sistemática	128 pacientes internados*	Hospitalización	Reino Unido
B. Lay, C. Nordt, W. Rössler. 2011.	Análisis descriptivo	Muestra de 2046 pacientes	Hospitalización	Suiza
C. Abderhalden,	Ensayo prospectivo aleatorizado	Muestra de 2364 pacientes	Hospitalización	Suiza

I. Needham et**al. 2008.**

L. Ashcraft, Ph. D, M. Bloss et al. 2012.	Estudio cualitativo descriptivo	Muestra inespecífica	Hospitalización	USA
D. Srebnik, J. La Fond. 2015	Revisión sistemática narrativa	No específico	Hospitalización	USA
D. Wieman, T. Camacho-Gonsalves et al. 2014.	Revisión sistemática basada en la evidencia	43 pacientes psiquiátricos	Hospitalización	USA
R. Van de Sande, H. Nijman, E. Noorthoorn. 2011.	Estudio control aleatorio grupal	Muestra de 597 pacientes	Hospitalización	UK
M. Strand, Y. Von et al. 2015.	Revisión sistemática	No específico	Hospitalización	Nordic
D. Stewart, M. Van Der Merwe et al. 2010.	Revisión sistemática empírica	36 estudios empíricos	Hospitalización	Londres
D. Allen, S. Fetzer, C. Siefken et al. 2019.	Revisión sistemática	Inespecífico	Hospitalización	UK

J. Scanlan. 2010.	Revisión sistemática narrativa	Muestra de 29 artículos,	Hospitalización	UK
------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	-----------------	----

Anexo 7

A continuación, se presenta una tabla resumen de los 22 artículos incluidos en el estudio.

Tabla 5. Resumen de los artículos incluidos

Autor, fecha de publicación y país	Base de datos/ palabras clave	Título	Metodología	Resultados y conclusiones
A. Beviá, B. Bono. 2017. España.	Base de datos sin especificar. Palabras clave: Salud mental. Neuropsiquiatría. Coerción. Medidas alternativas.	Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría	Estudio descriptivo de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. (Informe)	Resultados: En la discusión de resultados, se expone el impacto que la propia realización del estudio ha podido tener en la propia práctica de las unidades. Conclusiones: Aportando una revisión de alternativas a las prácticas existentes, las cuales han resultado útiles para evitar el uso de la coerción.
B, Molewijk, A. Kok, T. Husum. 2017. Norway.	Base de datos: Scopus Palabras clave: Coercion. Critical reflexion. Ethics. Mental health care. Normative attitude	Staff's normative attitudes towards coercion.	Estudio transversal. Descripción de análisis estadístico basado en una encuesta transversal.	Resultados: La experiencia frecuente con la coerción se relacionó con ver la coerción más como cuidado y seguridad. Conclusiones: Este estudio demostró que experimentar dudas morales está relacionada con la actitud normativa de

				alguien hacia la coerción.
I. Georgieva, C. Mulder, A. Wierdsma. 2011. Rotterdam.	Base de datos: PubMed Palabras clave: Coercive measures. Forced medication. Patients preferences. Seclusion.	Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion.	Regresión logística. 161 pacientes psiquiátricos encuestados.	Resultados: El 83% de los encuestados habían sido informados sobre el motivo de su contención. Los pacientes reportaron más negatividad cuando no tienen opción de discutirlo con otros. Conclusiones: Encontramos que las preferencias de los pacientes se definían principalmente por experiencias anteriores: pacientes sin experiencias coercitivas o que habían experimentado dichas técnicas. Los resultados a los hallazgos del estudio muestran que las preferencias de los pacientes no pueden guiar el establecimiento de métodos uniformes internacionales para manejar el comportamiento violento. Por lo tanto, se debe individualizar cada caso.

<p>M. Goulet, C. Larue, M. Stafford. 2013. Montreal.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Seclusion. Psychiatric intensive care unit. Characteristics. Multiple correspondence analysis.</p>	<p>Profils de patients hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques intensifs.</p>	<p>Estudio retrospectivo utilizando una muestra de 114 pacientes admitidos en unidad psiquiátrica intensiva de Junio 2010 a Junio 2011.</p>	<p>Resultados: Estudio reveló que la presencia o ausencia de reclusión y moderación era el factor principal.</p> <p>Conclusiones: La diferenciación de los perfiles de los pacientes en relación con la reclusión y restricción debe conducir al desarrollo de intervenciones específicas de dichos perfiles.</p>
<p>T. W. Kallert, L. Magliano, F. Torres-González. 2005.</p>	<p>Base de datos: PubMed.</p> <p>Palabras clave: Coercion. Involuntary admission. Inpatient treatment.</p>	<p>The EUNOMIA Project on coercion in psychiatry.</p>	<p>Informe de investigación. El estudio incluye 13 centros de 12 países europeos.</p>	<p>Resultados: El nivel de especialización en modalidades mentales de la salud es similar en todos los países (Exceptuando los búlgaros), la mayoría incluyen establecer y mantener relaciones, coordinar etc.</p> <p>Conclusiones: Todos los grupos locales asociados han iniciado sus actividades para establecer o mejorar las prácticas clínicas además de cubrir las situaciones jurídicas relacionadas con el trato coercitivo.</p>

<p>P. McLaughlin, D. Giacco, S. Priebe. 2016.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Investigation. Coercive measures. Future research.</p>	<p>Use of coercive measures during Involuntary psychiatric admission and treatment outcomes</p>	<p>Estudio prospectivo con la muestra de 10 países europeos</p>	<p>Resultados: Las estrategias para reducir o evitar el uso de medidas coercitivas, y la medicación forzada en particular, deben ser un foco de investigación futura.</p> <p>Conclusiones: De las tres medidas coercitivas, la medicación forzada parece ser única en su impacto significativo en la desaprobación del paciente.</p>
<p>M. C. Angermeyer, S. Dietrich. Alemania. 2006.</p>	<p>Base de datos desconocida.</p> <p>Palabras clave: Attitudes. Population. Mental disorders.</p>	<p>Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness</p>	<p>Revisión de investigación de estudios poblacionales.</p>	<p>Resultados: Se identificaron 33 estudios nacionales y 29 estudios locales y regionales europeos. Aunque la mayoría son de naturaleza descriptiva, las publicaciones más recientes incluyen estigmatización y comparaciones interculturales.</p> <p>Conclusiones: La investigación de actitudes en psiquiatría hizo un progreso considerable en los últimos 15 años. Aunque se deben seguir mejorando las actitudes hacia las personas que</p>

				sufren enfermedades mentales.
J. Costemale-Lacoste, C. Trichard. Paris. 2019.	Base de datos: PubMed Palabras clave: Duration of Seclusion. Predictive factors. Psychiatric inpatients. Seclusion.	Predictive factors of seclusion duration in patients hospitalized in psychiatry settings.	Estudio prospectivo en París.	Resultados: El 62% de los reclutados tenían trastorno psicótico. Y un 18% un trastorno del estado de ánimo. Teniendo en cuenta el estado de hospitalización, los trastornos psicóticos fueron el único dx que mostró asociación entre la duración y hospitalización forzada. Conclusiones: En el estudio se destacan 2 perfiles con riesgo a permanecer en reclusión más de 7d, El primer grupo paciente con trastorno de ánimo y el segundo grupo: paciente psicótico. Por lo tanto, estos dos grupos serian buenos objetivos para practicas la reducción de medidas coercitivas.
J. Guzman-Parra, J. A. García, I. Pino-Benítez. Spain. 2015.	Base de datos: PubMed Palabras clave: Acute Psychiatry. Coercion. Mechanical	Effects of a regulatory protocol of mechanical restraint and coercion in a Spanish	Análisis comparativo retrospectivo en la ciudad española, Andalucía.	Resultados: de 2005 a 2012 han disminuido los episodios de restricción mecánica, aunque aún hoy en día el índice es alto. La

	<p>Restraint. Psychiatric inpatient.</p>	<p>psychiatric ward.</p>		<p>mayoría de restricciones fueron aplicadas a pacientes de entre 25 y 45 años, lo que constituye más del 50% del total de episodios de restricción. Dx. más común con restricción: trastornos psicóticos. Tendencia significativa de restricción: “violencia”.</p> <p>Conclusiones: El estudio apoya la implementación de este protocolo el cual fue eficaz para reducir la duración pero no para reducir significativamente el porcentaje de su uso.</p>
<p>D. Paksarian, R. Mojtabai, R. Kotov. Suffolk County, Mental health Project. 2014.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Trauma. Mental disorders.</p>	<p>Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders.</p>	<p>Estudio de cohorte prospectivo con la muestra de 628 pacientes, internados por primera vez entre 1989 y 1995</p>	<p>Resultados: 69% informaron de haber percibido trauma. Fue más común en mujeres.</p> <p>Conclusiones: Aunque las percepciones de trauma durante la hospitalización psiquiátrica fueron comunes, puede que no esté relacionado con la participación en el tratamiento. Sin embargo, hubo evidencia de un vínculo entre las</p>

				experiencias coercitivas y tiempo de tratamiento.
E. Haugom, A. Granerud. Norway. 2016.	Base de datos: PubMed Palabras clave: Coercion. Mental health. Seclusion. Segregation área. Shielding.	Shielding in mental health hospitals: Description and assessment bay staff.	Diseño cualitativo descriptivo y exploratorio con un enfoque inductivo.	Resultados: Blindaje ha sido descrito como una práctica ambigua, es decir, se puede entender de varias maneras. Existe una clara tensión entre el blindaje como control y blindaje como tratamiento, describiéndose el control como lo más importante. Conclusiones: Sería interesante investigar diferencias en el resultado y la experiencia de pacientes protegidos en una habitación y los que están blindados en un área de segregación más grande.
C. Wilson, L. Rouse, S. Rae. UK. 2015.	Base de datos: PubMed. Palabras clave: Mental health. Mental illness. Physical intervention. Restraint. Restraint reduction.	Restraint reduction in mental health care.	Systematic review	Resultados: Debido a la naturaleza multifacética de la mayoría de las intervenciones descritas en la literatura, no es posible descifrar que intervenciones fueron más influyentes en los niveles de moderación.

				<p>Conclusiones: El uso de restricción en la salud mental puede tener numerosos negativos efectos psicológicos. Cada vez más se está presionando para el diseño e implementación de reducción de restricción.</p>
<p>B. Lay, C. Nordt, W. Rössler. Zurich. 2011.</p>	<p>Base de datos: PubMed.</p> <p>Palabras clave: Coerced medication. Compulsory admission. Mental disorder. Psychiatric hospitalization. Seclusion.</p>	<p>Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals.</p>	<p>Muestra de 2406 pacientes. Análisis descriptivo.</p>	<p>Resultados: 24,8% fueron ingresados involuntariamente. 6,4% habían sido sometidos a alguna práctica coercitiva. 4,2% habían recibido medicación forzada.</p> <p>Conclusiones: Por razones éticas y clínicas, es indispensable investigar las condiciones bajo cuales estos procedimientos justifican su eficacia para examinar el uso de las medidas coercitivas.</p>
<p>C. Abderhalden, I. Needham et al. Suiza. 2008.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Structured risk. Psychiatric wards. Mental care.</p>	<p>Structured risk assessment and violence in acute Psychiatric wards.</p>	<p>Ensayo prospectivo aleatorizado.</p> <p>Muestra de 14 salas de hospitalización psiquiátrica. (Total de 2364 pacientes)</p>	<p>Estudio aprobado por 6 comités regionales de ética de investigación.</p> <p>Resultados: Durante el estudio se informaron de 770 incidentes con 314 pacientes y se registraron 632</p>

				<p>medidas coercitivas. No todos los incidentes fueron mediados por dichas medidas. La tasa de incidencia global de coerción durante el inicio fue de 1,57% por 100 días de hospitalización.</p> <p>Conclusiones: El uso de una evaluación estructurada del riesgo de violencia a corto plazo en salas psiquiátricas inactivas, redujo los eventos graves de agresión del paciente y también redujo la necesidad de medidas coercitivas. Los hallazgos del estudio reflejan la importancia continua de la evaluación de riesgos de dichas prácticas.</p>
<p>L. Ashcraft, Ph. D, M. Bloss et al. USA. 2012.</p>	<p>Base de datos: inespecífica.</p> <p>Palabras clave: “no force first”. Mental health, Implementation.</p>	<p>The development and implementation of “No Force First” as a best practice.</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo.</p>	<p>Resultados: Un 45% de los receptores de este estudio, tras 2 años, evidencia que los momentos de crisis pueden acabar en éxito mediante de la adopción de enfoques de recuperación que no dependan de</p>

				<p>reclusión y/o restricción mecánica. El uso de fuerza, implicaría un fracaso del tratamiento.</p> <p>Conclusiones: La presencia de coerción dentro de los centros quedaría mal reflejada sobre todos los demás programas ejecutados. El uso de fuerza suele ocasionar trauma, por lo tanto “no force first”, debería convertirse en una mejor práctica para el tratamiento de personas con trastornos mentales severos.</p>
<p>D. Srebnik, J. La Fond. USA. 2015</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Mental health treatment. Investigations. Advance directives.</p>	<p>Advance directives for mental health treatment.</p>	<p>Estudio descriptivo.</p>	<p>Resultados: Actualmente, no hay investigaciones empíricas de los efectos de instrucciones anticipadas de salud mental sobre sus consumidores, aunque este estudio resulta eficaz para futuras investigaciones.</p> <p>Conclusiones: La promesa de instrucciones anticipadas de salud mental para aumentar el empoderamiento</p>

				del consumidor reduce hospitalizaciones.
D. Wieman, T. Camacho-Gonsalves et al. USA. 2014.	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Seclusion reduce. Restraint. Psychiatric facilities.</p>	Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric facilities.	<p>Revisión sistemática basada en la evidencia.</p> <p>Muestra de 43 pacientes psiquiátricos.</p>	<p>Resultados: El grupo estabilizado redujo el % aislado en un 17%, horas de reclusión 19% y restricción 30%. La reducción de las horas de restricción fue del 55% pero no significativas.</p> <p>Conclusiones: El objetivo del estudio fue factible y efectivo en diversos tipos de instalaciones. Se necesitan relaciones entre las características de las instalaciones, los patrones y resultados.</p>
R. Van de Sande, H. Nijman, E. Noorthoorn. UK. 2011.	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Agresion. Seclusion. Psychiatric wards.</p>	Agresion and Seclusion on acute Psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment.	<p>Estudio control aleatorio grupal.</p> <p>Muestra de 597 pacientes.</p>	<p>Resultados: Reducción de un 768% de incidentes agresivos.; Reducción del 750% de pacientes que participaron en agresiones; Reducción del tiempo de reclusión 745%, significativamente menor en las salas experimentales que en las salas de control. Ni el nº de reclusiones ni el nº de pacientes expuestos a</p>

				<p>reclusión disminuyeron.</p> <p>Conclusiones: La aplicación externa de medidas estructuradas de evaluación de riesgos podría ayudar a reducir los incidentes de agresión y el uso de las restricción y aislamiento en salas psiquiátricas.</p>
<p>M. Strand, Y. Von et al. Nordic. 2015.</p>	<p>Base de datos: MedLine</p> <p>Palabras clave: Controlled hospital admission. New alternatives. Autonomy.</p>	<p>Patient-controlled hospital admission in psychiatry.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>Resultados: Se proporciona una descripción detallada de los modelos con sus datos revisados. Los fundamentos detrás del concepto incluyen: autonomía, promoción de habilidades de afrontamiento, reducción tiempo hospitalario y prevención de las medidas coercitivas.</p> <p>Conclusiones: El ingreso controlado por el paciente, es un enfoque nuevo y prometedor para la atención hospitalaria psiquiátrica. Sin embargo, son escuetos estudios los que existen y la evidencia por ahora es baja.</p>

<p>D. Stewart, M. Van Der Merwe et al. Londres. 2010.</p>	<p>Base de datos: Scopus</p> <p>Palabras clave: Reduce mechanical restraint. Mental care. Psychiatric inpatients.</p>	<p>A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients.</p>	<p>Revisión sistemática empírica.</p> <p>Se identificaron 36 estudios empíricos posteriores a 1960.</p>	<p>Resultados: Solo 3 estudios recolectaron datos de más de un hospital. En la mayoría de estudios constan con medidas de duración aislamiento/restricción sobre el “antes” y el “después”. Estudiados con análisis retrospectivos de registros o incidentes oficiales.</p> <p>Conclusiones: El peso de la evidencia sugiere que las intervenciones pueden reducir el uso de restricción y aislamiento. Aunque los diseños tenían limitaciones: estudios revisados eran débiles; no hubo ensayos aleatorios; los periodos de seguimiento eran muy variados, así como los resultados.</p>
<p>J. Scanlan. UK. 2010.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Interventions. Seclusion reduce. Review. Psychiatric settings.</p>	<p>Interventions to reduce the use of Seclusion and Restraint in inpatient Psychiatric settings.</p>	<p>Revisión sistemática de la literatura.</p> <p>Muestra de 29 artículos.</p>	<p>Resultados: Una variedad de programas de reducción tienen éxito en la disminución de frecuencia y duración de la reclusión y el uso de restricciones, al</p>

				<p>tiempo que mantienen un ambiente seguro.</p> <p>Conclusiones: El desarrollo de nuevos programas de reducción de aislamiento y restricción debe incluir un fuerte liderazgo de la administración local. Como los programas conductuales-cognitivo que parecen ser muy útiles.</p>
<p>D. Allen, S. Fetzer, C. Siefken et al. 2019.</p>	<p>Base de datos: PubMed</p> <p>Palabras clave: Decreasing. Restraint. Psychiatric hospitals.</p>	<p>Decreasing physical restraint in acute inpatient psychiatric hospitals.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>Resultados: 3 estudios basados en los datos cumplieron los criterios de elegibilidad, utilizando las palabras clave relacionadas con la restricción física.</p> <p>Conclusiones: Los hallazgos sugieren que las estrategias de intervención multimodal pueden reducir el nº de horas de restricción física en entorno psiquiátrico, aunque faltan pruebas de calidad para apoyar dichas estrategias.</p>

Anexo 8

A continuación, la Tabla 6 refleja las revistas con más coincidencias entre los 22 artículos incluidos en el estudio.

Tabla 6. *Revistas más relevantes del estudio*

Revista	Número de artículos
Encephale	2
Psychiatric Services	4
European Psychiatry	3
British Journal of Psychiatry	2
Enfermería Clínica	2
Nursing Ethics	2

Anexo 9

A continuación, se muestra el uso del gestor bibliográfico utilizado para exportar los artículos, archivarlos y realizar una adecuada referencia bibliográfica, en nuestro caso fue *Mendeley*.

Figura 3. Capturas de pantalla exportadas desde el gestor bibliográfico, Mendeley.

