

Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos

Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies

CLARA COCHO SANTALLA^a, LUIS NOCETE NAVARRO^b, INÉS LÓPEZ ÁLVAREZ^b,
LAURA CARBALLEIRA CARRERA^c, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA^d

(a) Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España.

(b) Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

(c) Hospital HM Puerta del Sur, Móstoles (Madrid), España.

(d) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá de Henares (Madrid), España.

Correspondencia: Luis Nocete Navarro (luisnocete90@gmail.com)

Recibido: 09/12/2017; aceptado: 03/04/2018

Resumen: Esta revisión bibliográfica de estudios cualitativos trata de explorar cuáles son las experiencias y actitudes que tienen los profesionales del ámbito de la salud mental sobre prácticas coercitivas como la contención mecánica. Existen múltiples estudios que indagan en las experiencias de los usuarios; sin embargo, parece necesario conocer la actitud de los profesionales si se desea trabajar por un cambio de paradigma. Se incluyeron 27 estudios que cumplían los criterios de inclusión y de calidad CASPe para estudios cualitativos. En general, los profesionales sienten malestar hacia las prácticas coercitivas, aunque existe cierta inclinación a justificar estas medidas como inevitables ante determinadas situaciones. Aparece una tendencia en los profesionales a atribuir a factores

internos de los pacientes las potenciales situaciones desencadenantes. Se identifican también propuestas comunes (a nivel estructural, formativo, organizativo y educacional) para una reducción en el uso de las medidas señaladas.

Palabras clave: contención mecánica, aislamiento de pacientes, actitud del personal de salud, investigación cualitativa, coerción.

Abstract: The aim of this qualitative literature review is to explore mental health professionals' experiences and attitudes toward direct coercive practices such as mechanical restraint and seclusion. Besides the studies on the patients' own experiences, awareness of the professionals' attitude is needed in order to achieve a paradigm shift. Twenty-seven studies meeting the CASPe inclusion and quality criteria for qualitative studies were included in this review. Overall, it was found that professionals feel distressed about the use of coercive interventions. Yet, there is a trend to justify these measures as inevitable under certain conditions. Mental health professionals tend to link the situations that give rise to coercion to patients' internal determinants. Additionally, this review points out shared proposals that aim to reduce these practices.

Key words: mechanical restraint, seclusion, mental health professionals' attitudes, qualitative research, coercion.

INTRODUCCIÓN

SON MÚLTIPLES Y CONOCIDAS LAS INTERPRETACIONES sobre el desarrollo de la práctica psiquiátrica en clave de control social (1). A pesar de la transformación de la atención psiquiátrica en las últimas décadas y del proceso de desinstitucionalización en la mayoría de países europeos, continúan siendo frecuentes en la práctica clínica diaria las actitudes y técnicas coercitivas (2) con distintos objetivos, como asegurar la adherencia terapéutica, el control conductual, etc. (3–6). Algunas de ellas, como la contención mecánica y química o el aislamiento, son fruto de controversia y debate desde hace años, y han dado lugar a distintas demandas de cambio por parte de colectivos de pacientes y asociaciones (7–9).

Varios organismos internacionales se han hecho eco de ello, proponiendo un cambio de paradigma y ciertas medidas que regulen estas prácticas y garanticen los derechos de los usuarios. Entre ellas destaca la Organización de las Naciones Unidas (10,11) y otras entidades relacionadas con la prevención de la tortura (12–14).

Las definiciones de aislamiento (AIS) y contención mecánica (CM) varían de unos autores y guías a otros. Se denomina “aislamiento” a la reclusión involuntaria de un paciente en una habitación cerrada, restringiendo el contacto con otros compañe-

ros o el personal (14) y con un control presencial o mediante vídeo de su actividad. El aislamiento puede tener lugar en un espacio diseñado para ello o en la propia habitación del paciente, siendo probablemente este caso el más habitual en nuestro país.

En cuanto al término “contención mecánica”, se refiere a cualquier procedimiento mediante un dispositivo mecánico que limite la libertad de movimiento de una persona y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante la fijación de este en una o más de sus partes. El concepto no incluye las distintas técnicas de sujeción manual que puedan aplicar los profesionales (14,15).

Existen distintas revisiones y estudios cualitativos que indagaran en las experiencias de los usuarios en relación a las prácticas descritas previamente (16–18), así como múltiples estudios cuantitativos acerca de la frecuencia, las características demográficas y otros datos epidemiológicos (2,19,20). Sin embargo, existen pocos estudios cualitativos sobre las actitudes y percepciones de los profesionales en consideración a estas prácticas.

Autores como Steinert (2) o informes como los del European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (21) sugieren que la frecuencia y forma de uso de medidas como la CM o el AIS dependen en mayor medida de factores como las percepciones y actitudes de los propios profesionales, factores socioculturales, administrativo-normativos o la conciencia de los usuarios sobre sus derechos que de cuestiones clínicas o asistenciales, como los diagnósticos de los pacientes, las condiciones de las salas, del equipo o la cantidad de profesionales.

La importancia del tema que nos ocupa es aún mayor si nos remitimos a que no existe evidencia sobre su efectividad terapéutica. Una revisión de la Cochrane Library sobre la sujeción mecánica y el aislamiento aplicado a los casos de enfermedad mental grave no encontró estudios controlados que evaluaran la utilidad de estos métodos, por lo que sugieren, dada la ausencia de datos sobre su efectividad para realizar una recomendación basada en la evidencia, disminuir al mínimo las intervenciones de este tipo por motivos éticos. Sin embargo, en la revisiones cualitativas sí se recogen los graves efectos adversos que pueden derivarse de estas prácticas, incluida la muerte (22). Por estos motivos, consideramos fundamental indagar en cuáles son las actitudes de los profesionales, pues de ellos depende en gran medida el encontrar alternativas a la coerción.

OBJETIVOS

El objetivo que plantea esta revisión es poder contestar a la pregunta: ¿Qué se sabe sobre las experiencias y actitudes de los profesionales en torno a las prácticas coercitivas directas, como la contención mecánica o el aislamiento?

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar la revisión sistemática, las autoras de esta revisión nos hemos basado en las recomendaciones del manual de Berengüera de investigación cualitativa (23), así como en la estrategia que sigue Gudde en su revisión de 2015 (17).

Fueron seleccionados aquellos estudios que identificaban cuál era la experiencia, las opiniones o las actitudes de los profesionales de la salud mental en relación a las medidas coercitivas, en concreto, la contención mecánica y el aislamiento. Aceptamos tan solo datos cualitativos originales sin importar el diseño y sin límite temporal. Se incluyeron también estudios con metodología mixta, seleccionando en esos casos únicamente el componente cualitativo para la revisión. No tuvimos en cuenta el mayor o menor uso de psicofármacos que suele ir asociado a las prácticas citadas.

Se excluyeron aquellos estudios que traducían las opiniones de los profesionales a partir de encuestas o cuestionarios, así como aquellos realizados en unidades que no pertenecían al ámbito de la salud mental, como, por ejemplo, los realizados en unidades geriátricas o de emergencias.

a) Búsqueda y selección de los estudios

En un inicio la búsqueda se desarrolló en la base de datos de MEDLINE/PubMed, mediante la estrategia de términos tesauro (o indexados) en MeSH:

((“Immobilization”[Mesh]) AND “Attitude of Health Personnel”[Mesh]) AND “Psychiatry”[Mesh]

((“Patient Isolation” [Mesh]) AND “Attitude of Health Personnel”[Mesh]) AND “Psychiatry”[Mesh]

((“Immobilization”[Mesh]) AND “Qualitative Research”[Mesh])

Tras esta búsqueda, se identificaron 88 artículos, de los cuales fueron preseleccionados 14. De estos, a partir de la lectura de los *abstracts*, se seleccionaron 6 estudios que cumplían los criterios de inclusión.

Posteriormente se realizaron nuevas búsquedas en PubMed con las palabras clave y sus sinónimos (“*mental health professionals*”) AND (“*immobilization*”, “*physical restraint*”, “*containment*” ...) OR (“*seclusion*”, “*patient isolation*”) AND (“*experience*”, “*perspective*”, “*view*”, “*attitude of health personnel*”, “*opinion*”) AND (“*qualitative research*”), encontrándose así 107 artículos sin que ninguno de ellos cumpliera los criterios de inclusión.

Se decidió, por tanto, revisar la lista de referencias de los distintos artículos seleccionados con el fin de encontrar más estudios que cumplieran los criterios de inclusión y añadiesen información adicional. Con este método se obtuvieron un total de 27 artículos.

Posteriormente, los artículos fueron leídos y revisados por los autores. En los casos en que aparecieron dudas sobre si alguno de los artículos cumplía o no criterios, se puso en común actuándose por consenso.

b) Evaluación de la calidad de los estudios

Con el objetivo de evaluar la calidad de los estudios incluidos en la revisión, cada estudio fue valorado a través de la adaptación al español del cuestionario propuesto por el Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) para estudios cualitativos (24). Los resultados fueron posteriormente discutidos entre todas las revisoras (Tabla 1). Se valoró su adecuación en rigor, credibilidad y relevancia. Llama la atención que, de todos los puntos que se evaluaron, la reflexión sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación no se abordase en la mayoría de ellos.

c) Recogida de los datos

Siguiendo la metodología adoptada por Gudde (17), los artículos se leyeron una primera vez de manera íntegra para que los autores pudieran hacerse una idea global de sus características y contenido, y decidir si respondían a la pregunta de investigación (24). A continuación, se realizó una lectura concienzuda con dos objetivos: en primer lugar, se seleccionaron los datos demográficos y las características de los estudios para incorporarlos a la Tabla 2. En segundo lugar, se seleccionó el contenido de las experiencias y actitudes de los profesionales (en base a los objetivos de la revisión) en forma de citas textuales o de fragmentos en los que los autores comentaban lo que los participantes habían dicho, introduciéndolo posteriormente en un mismo documento para facilitar su síntesis y análisis.

d) Análisis del contenido y síntesis de los datos

Una vez se agrupó toda la información que respondía a la pregunta de investigación en un mismo corpus, se procedió a su lectura y discusión entre las autoras, asignando a cada cita textual o fragmento de texto distintas etiquetas, en función del contenido al que hiciesen referencia. Posteriormente, se agruparon las etiquetas en unidades de significado mayores, es decir, en códigos que describiesen o agrupasen el conjunto de los fragmentos o citas que contenían, segmentando el corpus textual. Finalmente, se llevó a cabo el análisis temático, desarrollando nuevas categorías a partir de la interpretación de la información previa en los códigos, agrupándolas de modo que indicaran de manera adecuada cuál era la experiencia y opinión de los profesionales sobre las prácticas coercitivas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

a) Datos demográficos de los estudios seleccionados

Se han analizado un total de 27 estudios cualitativos que abarcan un intervalo temporal de 20 años, desde el año 1996 hasta 2016. En su mayoría, se trata de estudios que incluyen experiencias en relación con las medidas coercitivas dentro del personal de enfermería. Algunos de los estudios añaden la participación de psiquiatras, aunque en proporciones mucho menores en relación al resto de profesionales. De los estudios, 19 fueron realizados en países europeos. Se trata en su mayoría de estudios anglosajones (n=19) (Reino Unido, EE.UU., Australia...), siendo Reino Unido el país que engloba el mayor número de estudios que cumplen los criterios de inclusión (n=11) (Tabla 3).

Esta información y otra relacionada con el diseño, los objetivos y otras características de los estudios utilizados puede consultarse en la Tabla 2.

b) Análisis temático de las percepciones y actitudes profesionales ante las prácticas coercitivas directas

La mayoría de estudios analizados desvela que los equipos de profesionales consideran este tipo de intervenciones coercitivas como necesarias, como un último recurso una vez se han agotado todas las demás alternativas (25–28). Son entendidas, por tanto, como parte de su trabajo, aunque generan sentimientos desagradables en ellos (25,29): “*Es parte del trabajo, pero estropea el trabajo*” (25).

Algunos de los testimonios que apoyan estas intervenciones refieren percibir las como legítimas en relación a la necesidad de control social (29,30), pues consideran que su papel fundamental como profesionales es el mantenimiento de la seguridad, tanto de los pacientes como del personal dentro de las unidades de hospitalización psiquiátrica: “*Un ambiente seguro es la prioridad*” (31).

Igualmente, se pueden observar dentro de la literatura opiniones contrarias, que consideran que dichas medidas pueden violar los derechos fundamentales de los pacientes, percibiéndolas como una forma de castigo y control (32). Así, siguiendo esta misma línea, algunas de las opiniones de los profesionales expresan su desacuerdo e incomodidad por tener que enfrentarse a actuaciones de otros compañeros cuando emplean este tipo de medidas de forma “inapropiada”. En particular, hacen referencia al empleo de estas medidas coercitivas de forma preventiva, por desobediencia a la normativa de las unidades o cuando se aplican como forma de venganza o con una finalidad de castigo por parte del profesional (25,27,30,32,33).

Respecto a su efectividad y posible utilidad terapéutica, varios estudios (30,31,34) describen que estas medidas son vistas por el personal como efectivas en

cuanto al propósito de proteger y calmar a los pacientes considerados “fuera de control”, evitando así que actúen de manera agresiva. Otros estudios (28), sin embargo, no hallan evidencia que demuestre su eficacia en cuanto a la reducción de la agresión.

c) Factores favorecedores y desencadenantes

La mayoría de los estudios analizan la percepción del personal sobre los factores que favorecen y desencadenan un episodio de contención mecánica o aislamiento. En diversos estudios se afirma que la seguridad y el control del ambiente en las unidades de hospitalización son el motivo principal de su uso (25,32). En uno de ellos (35), los profesionales señalan que se sienten forzados por las presiones institucionales a aplicar estas medidas como medios de control.

La mayoría de los estudios reflejan que los profesionales establecen una relación directa entre un entorno físico desfavorable, uno de los factores desencadenantes de situaciones de agresión más citados, y el empleo de medidas de contención y aislamiento (35,36). Algunos de los estudios (37–39) lo relacionan con el diseño de las unidades de hospitalización, que ven como sobrecargadas de ruido y estimulación, con altos niveles de ocupación y falta de privacidad. Igualmente, se hace referencia al ambiente de las unidades, describiéndolas como un entorno aburrido y con pocas actividades para los pacientes (39,40). Pacientes y profesionales opinan que tanto el entorno restrictivo de las unidades como el empleo de estas prácticas autoritarias y paternalistas son dos factores que contribuyen a exacerbar el comportamiento agresivo en los pacientes (34,35). Varios estudios atribuyen la sobreutilización de las prácticas coercitivas a la escasez de personal cualificado, así como al déficit en la formación para plantear alternativas y recursos para hacer frente a situaciones problemáticas: “*La escasez de personal y que este tenga poca experiencia*” (39); “*Una unidad abarrotada y con escasez de personal, o con personal que no cuenta con las habilidades necesarias para ofrecer una alternativa*” (30).

Otras investigaciones (32,41–43) atribuyen la excesiva utilización de medidas coercitivas a una mala relación entre el personal y los pacientes, reflejándose en la ausencia de una comunicación efectiva entre los mismos (29,31): “*Hay incluso algunos profesionales que no son los mejores a la hora de comunicarse (con los pacientes) y ellos mismos pueden ocasionar una escalada*” (31).

Algunos autores analizan modelos explicativos de la agresividad de los pacientes (35) y hallan que el personal suele atribuir la agresión de los pacientes a factores internos o disposicionales, cometiendo lo que se conoce como el “error fundamental de atribución”¹. Varios estudios describen cómo esta interpretación

¹ El psicólogo social Elliot Aronson lo define como la “tendencia a sobredimensionar disposiciones personales internas a la hora de explicar un comportamiento observado en otras personas, dando, por el contrario, poco peso a factores externos o situacionales/interactivos” (44).

del personal sobre la intención y responsabilidad del paciente puede llegar a ser más importante que los aspectos objetivos a la hora de desencadenar un evento coercitivo (32,38).

En diversos estudios se destacan los factores relacionados con el contexto profesional: cantidad de personal, formación y experiencia clínica (27,31,35,39). Otros autores describen que ciertos factores negativos relacionados con la unidad, como los conflictos entre profesionales, los cambios en el personal y/o que los profesionales se sientan desanimados y presionados, provocaban un aumento de las contenciones. De la misma manera, hallaron factores positivos que contribuían a su reducción, haciendo referencia a mejoras en el entorno de trabajo, al sentimiento por parte de los profesionales de ser apoyados o a la realización de grupos de supervisión (40).

d) Consecuencias de la utilización de intervenciones coercitivas

Varios estudios indagan específicamente en las consecuencias a nivel emocional en el personal sanitario en relación con estas prácticas. En múltiples estudios se observa cómo las medidas coercitivas generan en el personal sentimientos desagradables de angustia, ansiedad, miedo, frustración, disgusto, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y culpa (27,29,30,37,38,45). Dicen sentirse “presionados” al percibirse como depositarios de la responsabilidad de controlar la situación y que nadie resulte herido en el proceso (25,45). Dicho conflicto moral es menor si previamente se han agotado todas las alternativas a su alcance. En ese caso, a pesar del malestar por haber empleado la medida, refieren sentirse más justificados” (25,37): “*Resulta de ayuda mirar atrás y ver que hiciste todo lo que tenías que hacer*” (37).

Los estudios reflejan una dificultad por parte del personal para manejar estos sentimientos y destacan la importancia del apoyo de sus compañeros (27,40). Aparece la necesidad de no cuestionarse ni ser cuestionados, motivo por el cual no hablan de lo ocurrido con sus compañeros tras los incidentes (46): “*Es la frustración de no haber logrado atender su necesidades, a pesar de haberlo intentado*” (37).

Se describen diferentes estrategias empleadas por los profesionales para poder reducir la disonancia cognitiva y emocional secundarias al empleo de estas medidas. Un ejemplo de ello es la supresión de la respuesta emocional desagradable como estrategia de autoprotección que permite al personal sobrellevar estas situaciones (29). En ocasiones, esta continua supresión de las emociones del personal da lugar a un distanciamiento emocional del paciente, deteriorando la relación terapéutica y disminuyendo este elemento cuidador. Se sugiere que es precisamente esta despersonalización de los pacientes lo que permite al personal llevar a cabo las tareas físicas de inmovilización y aislamiento.

Otros profesionales (25,39) refieren que, en el proceso de intentar acomodar sus emociones y sus valores personales y profesionales, se fijan en el manejo de sus compañeros más veteranos, lo que les permite acostumbrarse gradualmente, más que aceptar este tipo de intervenciones de manera formal.

Los profesionales refieren que el hecho de conocer previamente al paciente les hace sentirse más cómodos, y que los sentimientos de conflicto tras un evento coercitivo se reducen si consiguen restablecer una buena relación terapéutica con el paciente (27,34).

Varios estudios (25,27,39) reflejan que el personal llega a considerar que las medidas coercitivas tienen consecuencias negativas sobre el usuario, los profesionales y la relación entre ellos: “...*arruinan la relación entre el paciente y el personal... y causan trauma físico y emocional en los pacientes y en el personal*” (39).

Con el objetivo de poder comprender la experiencia de los pacientes, dos autoras de un estudio se sometieron a aislamiento durante 24 horas (28). Las autoras describen la experiencia como negativa, presentando emociones como ansiedad y aburrimiento, y lo cuestionan como opción de tratamiento.

e) Posibilidad de alternativas

Los estudios muestran una postura, en la mayoría de los participantes, a favor de minimizar la utilización de las prácticas coercitivas. Sin embargo, refieren que no es posible eliminarlas, al considerar que en algunos casos es “inevitable” su uso (39). En toda la literatura revisada emerge la cuestión global de la falta de alternativas accesibles (25,34,45).

Respecto a los factores del entorno, se considera que disponer de un espacio separado, sin gente y con menos ruido, sería una alternativa eficaz a la contención (39).

Respecto a los factores profesionales, varios autores (46) observan una relación directa entre el nivel de experiencia y conocimiento del personal sanitario y la capacidad de este de fomentar opciones de manejo alternativas antes situaciones difíciles: “*El personal poco experimentado puede reaccionar de una manera menos terapéutica*” (27). Por ello, sostienen que los enfermeros/as deberían tener el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar los incidentes agresivos o violentos por parte de los pacientes (27,32). Algunos estudios (35,36) ponen en evidencia la falta de formación, que en ocasiones solo se adquiere a través de un proceso informal (33). Demandan, asimismo, la necesidad de gestión y apoyo al equipo por parte de la organización, mediante sesiones de *debriefing*, la formación y la supervisión clínica (25,27,32,34,37,47). También consideran necesaria la mejor utilización de los registros de los episodios, con un lenguaje más preciso y una adecuada evaluación de los mismos. Uno de los estudios (32) describió cómo el *debriefing* sistemático es

una herramienta que puede lograr por sí misma una disminución dramática en las tasas de contenciones y aislamiento. Sin embargo, otros estudios (30) muestran que puede resultar insuficiente.

Por parte de los profesionales, se manifiesta una predisposición a probar otros enfoques que promuevan métodos alternativos de cuidado y manejo, esencialmente centrados en la mejora de la comunicación y el desarrollo de una relación terapéutica que permita una desescalada en situaciones hostiles y en la prevención de la violencia física (27,38). Uno de los estudios propone que pueda haber un sistema en el que ambas partes se reúnan tras un incidente para poder aprender de la experiencia, así como poder negociar un plan individualizado de respuesta a la conducta de cada paciente (38).

Numerosos estudios han hecho referencia a la necesidad de iniciativas a gran escala que proporcionen más personal y recursos (27,30,33). A nivel institucional, demandan políticas para reducir el uso de estas medidas, ya que describen una discordancia entre las recomendaciones estatales de reducir —y, en la medida de lo posible, eliminar— estas prácticas y la práctica clínica real (31,35,39). Asimismo, señalan que la aplicación de políticas gubernamentales que incluyen una mejor ratio profesional-paciente y la formación del personal en manejo de la agresividad contribuyen a una importante reducción en el uso de medidas coercitivas.

Se pone en evidencia, por tanto, que para encontrar alternativas a las prácticas coercitivas es necesario tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto que las mantienen. Se hacen necesarios cambios culturales, educacionales y organizacionales que permitan la introducción de nuevas prácticas (35). Algunos autores (32) consideran que el *debriefing* ha de ser utilizado como un mecanismo de *feedback* que permita dilucidar las variables contextuales que suscitan y mantienen el uso de las medidas coercitivas, monitorizar el proceso de cambio y encontrar las posibles dificultades que puedan surgir para ello.

f) Conflictos éticos

Distintos artículos describen que con frecuencia se manifiesta un conflicto en los profesionales porque las medidas coercitivas entran en conflicto con su rol de cuidador (25,33). Esto plantea importantes dilemas morales y despierta sentimientos de frustración, fracaso e incompetencia en el personal en cuanto a la protección al paciente (29,47). Las prácticas coercitivas ocasionan además una disonancia cognitiva debido al conflicto entre los principios de beneficencia y maleficencia (29): “*Privar a alguien de su libertad es un trabajo policial, no es enfermería psiquiátrica*” (34).

Asimismo, hacen referencia al conflicto ético relacionado con el aumento de carga laboral que supone el cuidado del paciente inmovilizado o aislado, que dificulta la atención y cuidado de los otros pacientes ingresados (47,48).

Por otro lado, diversos autores se preguntan acerca de la resistencia de los profesionales a la eliminación de estas prácticas (30). Algunos investigadores (27) consideran que esta resistencia muestra una falta de comprensión y formación en medidas alternativas, así como una falta de consideración de las cuestiones éticas que rodean a estas prácticas.

Varios estudios (49–51) ahondan en la concepción que los profesionales tienen de las cuestiones éticas relacionadas con la coerción y concluyen que los propios profesionales presentan dificultades a la hora de verbalizar los problemas éticos que surgen en la práctica clínica diaria. Entre ellos, el ya mencionado dilema de la autonomía del paciente frente al paternalismo, así como la dificultad de manejar estos problemas cuando en el propio equipo terapéutico hay disensión respecto a la adecuación del uso de estas medidas. Del mismo modo, manifiestan que los profesionales tienen una concepción muy amplia, y dispar entre sí, de lo que supone un dilema ético (49) y de la importancia para el personal de entender las razones subyacentes a la aplicación de estas medidas en cada caso particular (50,51). Por todo ello, subrayan lo potencialmente beneficioso de la implementación de “servicios de apoyo deontológico” para poder manejar esta problemática de modo explícito y obtener mayor conocimiento sobre los dilemas para poder mejorar la comprensión de las conexiones entre los asuntos éticos y los profesionales (49,50).

Uno de los estudios compara sus resultados con el experimento de Milgram en 1974 sobre la obediencia a la autoridad (52). Asimismo, los interpreta desde el marco teórico de la teoría del cambio de Watzlawick *et al.* (53): “*Cuando una persona no puede identificar alternativas porque hacerlo significaría cuestionar el sistema, del cual es parte, en su totalidad, la persona necesita encontrar la mejor solución posible dentro del propio sistema —porque, de lo contrario, implicaría cuestionarse a sí mismo y sus acciones—*” (45).

g) Fortalezas y limitaciones

En primer lugar, la mayoría de estudios incluidos en esta revisión se centran en las experiencias del personal de enfermería, dejando fuera experiencias de otros profesionales de salud mental que consideramos igualmente importantes. No se seleccionaron aquellos estudios realizados fuera del ámbito sanitario o que, aun perteneciendo a un ámbito sanitario, no eran propiamente de salud mental. Entendemos que dichos criterios dejan fuera información y testimonios igualmente valiosos para la comprensión global del fenómeno de las medidas coercitivas, aunque escapan al objetivo de la presente revisión. La exclusión de artículos no publicados en inglés puede haber contribuido a un sesgo de selección y sería valioso poder revisar las experiencias y actitudes de los contextos donde no se publique en lengua inglesa. Por último, sería importante poder realizar la búsqueda en distintas bases de datos que

no se consultaron. No obstante, a pesar de las limitaciones, consideramos que esta revisión sistemática consigue proporcionar información valiosa para poder entender cómo se perciben las medidas coercitivas más directas por parte de los profesionales.

CONCLUSIONES

La mayoría de los estudios analizados recogen las opiniones y percepciones del personal de enfermería, y observan que, en general, los profesionales sienten malestar ante las prácticas coercitivas. Estas emociones desagradables incluyen aquellas asociadas con la violencia de la situación (miedo, tensión, angustia, etc.) y las derivadas del conflicto generado respecto a su rol profesional de cuidadores (culpa, arrepentimiento, frustración, etc.). Por un lado, ante esta disonancia, parece existir una supresión de las emociones negativas con el fin de disminuir la angustia de los profesionales y, por otro, una inclinación a justificar la contención mecánica y/o el aislamiento como medidas inevitables ante ciertas situaciones, mostrándose resistentes a su posible eliminación.

Como potenciales desencadenantes de los eventos coercitivos, se mencionan múltiples factores, desde entornos poco terapéuticos y tranquilizadores hasta problemas en las relaciones entre profesionales y pacientes, aunque entre el personal parece predominar una tendencia a atribuir estas situaciones a factores internos de los pacientes.

En esta revisión no se han hallado estudios en los que se abogue de manera explícita por una eliminación completa de la contención mecánica. Sin embargo, sí se han encontrado artículos en los que se sugieren cambios que favorecerían la reducción y el buen uso de estas medidas, como modificaciones en el diseño de las unidades, una mejor ratio profesional-paciente y una mayor formación del personal, así como una mejor comunicación con los pacientes y entre los profesionales a través de sesiones de *debriefing* y supervisión clínica.

Implicaciones para la práctica clínica

A la luz de los resultados obtenidos, consideramos que es necesario tener en cuenta las actitudes y experiencias (incluyendo las repercusiones) del personal sanitario para comprender el complejo fenómeno de la coerción en salud mental, fundamentalmente si buscamos mejorar la práctica clínica y promover la eliminación de estas medidas. Dada la escasez de literatura en nuestro país a este respecto, consideramos que esta revisión puede servir de punto de partida para realizar investigaciones sobre la coerción en nuestro entorno, con el objetivo de poder profundizar en la comprensión del fenómeno, observar si los resultados son generalizables a nuestro contexto y valorar cómo se podrían desarrollar las alternativas sugeridas en los distintos estudios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de la presente revisión declaran no tener ningún conflicto de interés. Este artículo ha sido elaborado y redactado exclusivamente por los autores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Huertas García-Alejo R. Historia cultural de la psiquiatría. Madrid: Los Libros de la catarata, 2012.
- (2) Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(9):889–97.
- (3) Winship G. Further thoughts on the process of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(1):55–60.
- (4) San Martín O, Álvarez R, Bonan MV, Cortés E, González O, Montes MF, et al. Protocolo de inmovilización terapéutica del paciente agitado. Madrid: Hospital La Paz, 2015.
- (5) Department of Health. Skills for Care & Skills for Health. A positive and proactive workforce. A guide to workforce development for commissioners and employers seeking to minimize the use of restrictive practices in social care and health [Internet]. Leeds, 2014. [Consultado el 15-5-2018]. Disponible en: <http://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Topics/Restrictive-practices/A-positive-and-proactive-workforce.pdf>
- (6) Lagares Roibas A, Prieto Madrazo Á, Siguín Gómez R, Valle J. Recomendaciones farmacoterapéuticas en salud mental. Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agresividad. [Internet]. 2004 [Consultado el 15-5-2018] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017263.pdf>
- (7) Sampietro HM, Ruiz Íñiguez R, Eiroa-Orosa F, Carralero Montero A, Muñoz Lobo E. ¿Es posible cuidar sin contención mecánica? Alternativas al uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica. Poster presentado en el XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), 2016. [Internet]. [Consultado el 15-5-2018]. Disponible en: <https://primeravocal.org/es-posible-cuidar-sin-contencion-mecanica-alternativas-al-uso-de-la-contencion-mecanica-en-las-unidades-de-hospitalizacion-psiquiatrica/>
- (8) MIND Associations. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England [Internet]. 2013. [Consultado el 15-5-2018]. Disponible en: https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf
- (9) Mad in America para el mundo hispanohablante. Locura, comunidad y derechos humanos [Internet]. Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/>

- (10) Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf%5Cnhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401>
- (11) Méndez JE. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. [Internet]. 2013 [Consultado: 15-5-2018]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- (12) Association for the Prevention of Torture (APT). Outcome report: monitoring psychiatric institutions. [Internet]. Ginebra, 2016 [Consultado 15-5-2018]. Disponible en: http://www.ap.t.ch/content/files_res/report-jgg-symposium-2016-en.pdf
- (13) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 16th General Report on the CPT's activities. Means of restraint in psychiatric establishment for adults [Internet]. Estrasburgo, 2006. [Consultado: 15-5-2018]. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680696a83>
- (14) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) [Internet]. Estrasburgo, 2017. [Consultado: 15-5-2018]. Disponible en: <https://rm.coe.int/16807001c3>
- (15) Molina Muñoz M. Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid, 2017. [Consultado: 15-5-2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DRESOLUCIÓN+SUJECIONES+VICE+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352925809595&cssbinary=true>
- (16) Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:6.
- (17) Gudde CB, Olsø TM, Whittington R, Vatne S. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *J Multidiscip Healthc* 2015;8:449-62.
- (18) Sequeira H, Halstead S. Restraint and seclusion: service user views. *J Adult Prot* 2002;4(1):15-24.
- (19) Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res* 2011;189(1):10-20.
- (20) Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(8):749-57.
- (21) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in a psychiatric hospital. 2006. [Internet]. [Consultado: 15-5-2018]. Disponible en: <http://www.pytkam.net/web/images/news/2009/09/0000007.pdf>
- (22) Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001163.

- (23) Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
- (24) Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica. Alicante: CASPe, 2010; p. 3–8.
- (25) Bigwood S, Crowe M. 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs* 2008;17(3):215–22.
- (26) Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric nurses' perceptions about physical restraint: a qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014;2(1):20–30.
- (27) Chambers M, Kantaris X, Guise V, Välimäki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(5):289–97.
- (28) Kuosmanen L, Makkonen P, Lehtila H, Salminen H. Seclusion experienced by mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(5):333–6.
- (29) Moran A, Cocoman A, Scott PA, Matthews A, Staniulienė V, Valimaki M. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(7):599–605.
- (30) El-Badri S, Mellso G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry* 2008;16(4):248–52.
- (31) Muir-Cochrane E. An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards. *J Adv Nurs* 1996;23(3):555–63.
- (32) 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 Psychiatry Nurs* 2001;14(3):115–27.
- (33) Alty A. Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *J Adv Nurs* 1997;25(4):786–93.
- (34) Olofsson B. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs* 2001;33(1):89–97.
- (35) Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2005;50(5):469–78.
- (36) Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(3):325–37.
- (37) Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(4):465–73.
- (38) Fish R, Culshaw E. The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *J Intellect Disabil* 2005;9(2):93–107.
- (39) Muir-Cochrane EC, Baird J, McCann TV. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(2):109–15.

- (40) Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2012;63(1):40–7.
- (41) Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2000;31:370–7.
- (42) Sullivan D, Wallis M, Lloyd C. Effects of patient focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *J Ther Rehabil* 2004;11:503–8.
- (43) Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *J Adv Nurs* 2004;47:33–8.
- (44) Aronson E. *El animal social*. Madrid: Alianza editorial, 2005.
- (45) Olofsson B, Gilje F, Jacobsson L, Norberg A. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *J Adv Nurs* 1998;28(1):45–53.
- (46) Wynaden D, Chapman R, McGowan S, Holmes C, Ash P, Boschman A. Through the eye of the beholder: to seclude or not to seclude. *Int J Ment Health Nurs* 2002;11(4):260–8.
- (47) Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics* 2010;17(1):65–76.
- (48) Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs* 2000;31(2):362–9.
- (49) Peltö-Piri V, Engström K, Engström I. Staff's perceptions of the ethical landscape in psychiatric inpatient care: a qualitative content analysis of ethical diaries. *Clin Ethics* 2014;9(1):45–52.
- (50) Molewijk B, Hem MH, Pedersen R. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Med Ethics* 2015;16(1):4.
- (51) Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics* 2014;15:82.
- (52) Milgram S. *Obediencia a la autoridad*. Madrid: Capitán Swing, 2016.
- (53) Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder, 2003.
- (54) Mason T. An ethnomethodological analysis of the use of seclusion. *J Adv Nurs* 1997;26(4):780–9.
- (55) Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999;6(2):107–14.
- (56) Lovell A, Smith D, Johnson P. A qualitative investigation into nurses' perceptions of factors influencing staff injuries sustained during physical interventions employed in response to service user violence within one secure learning disability service. *J Clin Nurs* 2015;24(13–14):1926–35.
- (57) Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(5):166–77.

TABLA I

Evaluación de la calidad de los estudios incluidos

Estudios cualitativos	Criterios CASPe de calidad de estudios cualitativos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MUIR-COCHRANE, 1996	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
MASON, 1997	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
ALTY, 1997	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
OLOFSSON, 1998	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
DUXBURY, 1999	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
MARANGOS, 2000	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
OLOFSSON, 2001	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
PETTI, 2001	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
BONNER, 2002	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
WYNADEN 2002	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
DUXBURY, 2002	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
FISH, 2005	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
DUXBURY, 2005	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
BIGWOOD, 2008	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
EL BADRI, 2008	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
MORAN, 2009	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
KONTIO, 2010	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
PAPADOPOULOS, 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
FEREIDOONI, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
HEM, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
PELTO-PIRI, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
MOLEWIJK, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NS*	Sí	Sí	Sí	Sí
LOVELL, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
MUIR-COCHRANE, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
CHAMBERS, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
KUOSMANEN, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
RUBIO-VALERA, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No

* No sé

Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica:

- | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1: Objetivos claramente definidos | 6: Reflexión sobre la relación investigador y el objeto de investigación |
| 2: Metodología apropiada | 7: Consideración de los aspectos éticos |
| 3: Método adecuado para alcanzar los objetivos | 8: Rigurosidad del análisis de datos |
| 4: Estrategia de selección apropiada | 9: Exposición clara de los resultados |
| 5: Técnicas de recogida de datos apropiadas | 10: Resultados aplicables a la investigación |

TABLA 2

Características de los estudios incluidos

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
MUIR-COCHRANE	1996	<p>1) Investigar las percepciones del personal de enfermería sobre el propósito de la reclusión.</p> <p>2) Identificar las condiciones bajo las cuales se utiliza la reclusión.</p> <p>3) Proporcionar un marco conceptual del proceso de aislamiento.</p>	<p>Siete enfermeras psiquiátricas de dos plantas de hospitalización psiquiátrica de un hospital general.</p>	Australia	<p>Entrevistas reflexivas y entrevistas semiestructuradas grabadas en audio. Las registraron por escrito. Los datos se analizaron utilizando la metodología de la teoría fundamentada.</p>	<p>Los datos revelaron como categoría conceptual principal "control" y dos subcategorías: "vigilando" y "controlando". Se encontró que el aislamiento se usaba como tratamiento complementario en el cuidado de individuos considerados como "fuera de control". Los médicos expresaron su satisfacción con el uso del aislamiento, citando un protocolo estricto que proporcionó parámetros para su uso.</p>	<p>Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.</p>
MASON	1997	<p>Aproximación etnometodológica para entender el proceso de toma de decisiones que se usa en el aislamiento.</p>	<p>25 enfermeros/as elegidos al azar, voluntarios, en un hospital forense.</p>	Reino Unido	<p>Entrevista semiestructurada. Presentaban 2 viñetas clínicas y debían decir si lo aislarían o no explicando su decisión. Usan análisis de razonamiento de 1er y 2º nivel.</p>	<p>Interpretan los datos en dos niveles: 1º lo hacen los propios participantes cuyo razonamiento se basa en un marco de trabajo histórico temporal en términos de experiencias pasadas ("bagaje de conocimientos"); en segundo lugar, según la experiencia de los investigadores. Se identifican 3 temas: búsqueda mecánica, marco de conflicto, estado de aislamiento.</p>	<p>Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.</p>

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
ALTY	1997	Habla de las experiencias de aprendizaje de las enfermeras sobre reclusión y sus opiniones sobre su uso.	Entrevistan a 64 enfermeras de salud mental de un hospital del Servicio Nacional de Salud.	Reino Unido	Una parte cuantitativa en la que entrevistan a las enfermeras. Después los comentarios son analizados cualitativamente.	Se extraen 6 temas: el mantenimiento de la seguridad, el abuso del aislamiento, el conflicto de roles de las enfermeras en la implementación del aislamiento, el valor del aislamiento en la práctica real, el proceso de aprendizaje y la toma de decisiones de último recurso.	Metodología mixta. Muestra: profesionales de enfermería.
OLOFSSON	1998	Analiza las narrativas sobre el uso de la coerción en pacientes psiquiátricos.	14 enfermeros (7 diplomados y 7 ayudantes de enfermería).	Suecia	Entrevistas personales grabadas en las que narran un episodio experimentado en el que se utilizó la coerción. Se realiza un análisis estructural por temas de los datos.	Los enfermeros deseaban ser vistos como profesionales que "hacen el bien" y "proporcionan buenos cuidados", pero experimentaban el uso de la coerción como algo que no era bueno. Este conflicto les hacía difícil cuestionar el uso de la coerción y considerar soluciones alternativas.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.
DUXBURY	1999	Explorar las agresiones hacia el personal de enfermería en contextos de salud generales y de salud mental.	34 enfermeros de una unidad de agudos de salud mental y 32 de unidades de agudos generales.	Reino Unido	Técnica del incidente crítico: se invitó a contestar libremente una cuestión ("En sus propias palabras, describa uno o más incidentes que hayan implicado violencia por parte de un paciente"). Se realizó posteriormente un análisis de contenido.	Ambos grupos referían similares tipos de agresión. Se atribuyen las causas de la agresión a factores internos del paciente. El manejo de las situaciones de agresión por el modelo biomédico.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
MARANGOS	2000	Describir los pensamientos y sentimientos de las enfermeras que hacían uso de contenciones mecánicas en el contexto del paciente psiquiátrico.	6 enfermeras de entre 10 y 15 años de experiencia en psiquiatría que habían asistido a programas educativos sobre el manejo del comportamiento agresivo.	Canadá	Diseño etnográfico. La recopilación de datos se realizó mediante entrevista etnográfica. Los datos se analizaron siguiendo las pautas de Tesch a fin de identificar los temas.	La complejidad del uso de contenciones surge de una serie de factores: el riesgo de daño, las reacciones emocionales de las enfermeras generadas por la situación de restricción, la aparente falta de alternativas aceptables, los factores unitarios y las actitudes profesionales.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.
OLOFSSON	2001	Comprender la experiencia de episodios de coerción para pacientes psiquiátricos, enfermeras y médicos.	Siete triadas de pacientes, enfermeras y médicos narraron sus experiencias del mismo evento coercitivo.	Suecia	Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio cualitativo.	Los miembros del personal revelaron que se sentían incapaces de conectar con los pacientes. Afirmaron que conocer al paciente les hacía sentirse más cómodos en el uso de la coerción y que sus acciones eran menos violentas para el paciente.	Metodología mixta. Muestra mixta: enfermeras/médicos.
PETTI	2001	Recoger las percepciones de pacientes y profesionales acerca de la contención mecánica y el aislamiento.	Personal de enfermería y aquellos directamente implicados en el incidente de contención mecánica o aislamiento.	Estados Unidos	Se emplearon entrevistas estructuradas después del incidente concreto, entre 1999 y 2000. Se analizó el contenido creando un formulario para cada pregunta. Cada entrada se codificó un promedio de cuatro veces. Las categorías de las respuestas se compararon y colapsaron.	Los pacientes y el personal tenían opiniones distintas sobre los incidentes de restricción, pero, en general, su percepción de los precipitantes y lo que se podría haber hecho para prevenir el incidente era más acorde.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
BONNER	2002	Vivencia subjetiva de pacientes y personal acerca de las contenciones físicas.	Analizan 6 incidentes: un paciente y dos profesionales por cada incidente.	Reino Unido	Entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas, fueron analizadas independientemente con la técnica de Miles & Huberman.	Hablan de factores que influyen antes, durante y después del conflicto, factores relacionados con los pacientes y con el personal (cuestiones éticas y retraumatización).	Metodología mixta. Muestra mixta: enfermeras/pacientes.
WYNADEN	2002	Explorar el proceso de toma de decisiones del personal respecto al uso del aislamiento, identificando las cuestiones éticas, legales, profesionales, ambientales, de actitud y seguridad que influyen en los procesos de toma de decisiones.	Siete enfermeras tituladas de salud mental y un médico por muestra intencional.	Australia	Estudio descriptivo exploratorio. Todos los datos de las transcripciones se analizaron siguiendo los estándares del procedimiento de análisis de datos cualitativos.	Se identificaron siete categorías principales: evaluación de la situación, conocimiento de los participantes sobre el paciente, cuidados durante el aislamiento, terminación del aislamiento, cuidado después del aislamiento, capacidad de lograr los resultados deseados y reflexión sobre el evento.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/médicos.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
DUXBURY	2002	Identificar y evaluar enfoques utilizados para manejar la agresión y la violencia del paciente.	Pacientes (n=80), enfermeras (n=72) y médicos (n=10) en tres plantas de hospitalización psiquiátrica de agudos.	Reino Unido	Usaron un formulario de incidentes, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Emplearon el cuestionario MAVAS (The Management of Aggression and Violence Attitude Scale -Incident form) y el MSOAS (the Modified Staff Observation Aggression Scale). Las entrevistas fueron analizadas según un proceso de categorización de significados, a través del cual se identificaron categorías temáticas.	Se identifican los siguientes factores: las interacciones problemáticas y los entornos restrictivos. El personal no ve sus propias acciones como problemáticas. Para ellos, las estrategias de manejo más usadas eran la reducción de la tensión y la medicación; pero, en conjunto, fueron medicación, contención y aislamiento. Personal y pacientes están insatisfechos con el manejo de la agresividad.	Metodología mixta. Muestra mixta: enfermeras/ médicos.
FISH	2005	Explorar la perspectiva de personal y pacientes sobre las intervenciones físicas.	9 pacientes de una unidad psiquiátrica de media seguridad de discapacitados intelectuales y 16 miembros del personal.	Reino Unido	Entrevistas no estructuradas. Emplean un análisis fenomenológico, empleando las guías de Hycner para ello. Hallan los temas emergentes.	El personal defiende usar intervención física como último recurso en casos de daño potencial del paciente a sí mismo o a otros. Los pacientes pueden llegar a verlo como una forma de castigo. Hablan de diferentes factores, como la retraumatización, así como de los sentimientos de culpa o la sensación de poder.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: pacientes/ personal.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
DUXBURY	2005	Analizar las perspectivas del personal y el paciente sobre las causas de la agresión por parte del paciente y la forma en que se maneja.	80 pacientes y 82 enfermeras de tres plantas de hospitalización de salud mental.	Reino Unido	Emplean el cuestionario MAVAS acerca de las causas de la violencia y el manejo de los participantes realizando un análisis estadístico. Realizan entrevistas semiestructuradas a una submuestra de pacientes y de personal, que fueron analizadas utilizando análisis de contenido.	Habla de los factores internos, externos e interaccionales a los que el personal y los pacientes aluden para explicar las agresiones, así como de factores relacionados con la organización.	Metodología mixta. Muestra mixta: pacientes/personal.
BIGWOOD	2008	El objetivo era comprender las experiencias de las enfermeras mediante la pregunta: ¿Cómo perciben las enfermeras de salud mental la experiencia de restricción física de los pacientes en un servicio de salud mental agudo?	Las participantes eran siete enfermeras (generales y psiquiátricas) que trabajaban en el área de pacientes agudos de un servicio regional de salud mental.	Nueva Zelanda	Se utilizó la metodología fenomenológica descriptiva hermenéutica de Van Manen. Las entrevistas se grabaron en audio. Se pidió a los participantes que describieran la experiencia de la restricción física de los pacientes. Se formularon notas para interpretar y comprender el significado esencial de las experiencias expresadas por los participantes.	El tema más frecuente que surgió de los datos fue: “ <i>es parte del trabajo</i> ”. Este tema tenía un subtema, el Control, que constaba de dos facetas: “enfermería en conflicto” y “enfermería asustada”. Los hallazgos sugieren que las enfermeras de salud mental se sienten muy incómodas con la moderación física, a pesar de que se considera como parte integral de su papel.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
EL BADRI	2008	Investigar la percepción y experiencia de los pacientes y el personal sobre el uso de la contención en servicios psiquiátricos.	250 personas entre personal y pacientes de ámbito rural y urbano de salud mental ambulatoria.	Australia	Se diseñó un cuestionario para este propósito, que se repartió entre el personal y los pacientes. Consta de 10 ítems que son medidos de forma cuantitativa y también de espacios en blanco donde se les insta a poner comentarios sobre lo que piensan/sienten.	La contención genera emociones negativas que afectan a la relación terapéutica. Se percibe como sobreutilizada. El personal percibía a los pacientes asustados, enfadados e indefensos, y estaban preocupados por la ira que generaba en ellos.	Metodología mixta. Muestra mixta: pacientes/ personal.
MORAN	2009	Explorar las emociones y sentimientos experimentados por un grupo de enfermeras psiquiátricas en relación con incidentes de restricción y reclusión.	Una muestra intencional de 23 enfermeras psiquiátricas de cuatro plantas de hospitalización.	Irlanda	En el estudio se empleó un enfoque cualitativo que incorporó discusiones de grupos focales. Los datos se analizaron mediante análisis interpretativo cualitativo.	Surgieron tres temas: (1) el último recurso -restricción y reclusión; (2) angustia emocional; y (3) supresión de emociones desagradables.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
KONTIO	2009	Explorar las percepciones sobre los episodios de comportamiento agresivo y búsqueda de alternativas mediante las preguntas: ¿Qué sucede realmente cuando un paciente se vuelve agresivo en su planta/hospital?, ¿Qué métodos alternativos tiene usted en vez del aislamiento o la restricción en su planta/hospital?	Se realizaron 4 grupos focales: 3 grupos de enfermeras (total n = 22) y 1 grupo de médicos (total n = 5).	Finlandia	Entrevistas de grupos focales y datos analizados mediante análisis inductivo de contenido.	Los participantes pensaban que el proceso de toma de decisiones para manejar el comportamiento agresivo de los pacientes implica algunos dilemas éticos. Creían que los pacientes recibía poca atención. Sin embargo, el personal propuso, y parecía utilizar, una serie de alternativas para minimizar o reemplazar su uso.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/ médicos.
PAPADOPOULOS	2012	Averiguar cuáles son los eventos que aumentan y reducen la probabilidad de que haya conflictos en los pacientes y medidas de contención (contención manual, medicación forzada y reclusión).	120 miembros del personal (psiquiatras y jefes de planta).	Reino Unido	Durante dos años realizan un cuestionario al personal de enfermería sobre los conflictos en los últimos 6 meses en la UHB. Paralelamente, realizan entrevistas semiestructuradas a miembros del personal. Después cruzan los datos y analizan temas significativos (software NVIVO 8).	Hallan 13 temas significativamente relacionados con el aumento o disminución de la conflictividad en las UHB. 11 de estos temas son relativos al personal.	Metodología mixta. Muestra mixta de profesionales.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
FEREIDOONI	2014	Investigar las experiencias de las enfermeras que trabajan en plantas psiquiátricas con respecto a la restricción física.	14 enfermeras seleccionadas por muestreo intencional.	Irán	Entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos, que se continuaron hasta la saturación de los datos y la aparición de temas. Se empleó análisis de contenido inductivo.	Surgieron cuatro categorías: (1) La restricción como un procedimiento multiuso; (2) El procesamiento de la restricción física; (3) La restricción como un tema complejo; y (4) Los efectos de la restricción en los implicados y la relación entre ellos. Los participantes describieron el uso de la restricción física como una de las principales estrategias para el control de pacientes psiquiátricos.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.
HEM	2014	¿Qué tipo de desafíos éticos encuentran los profesionales de la salud en relación con el uso de la coerción en el día a día clínico?	65 participantes entre psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermería, auxiliares, trabajadores y educadores sociales y gestores pertenecientes a distintas unidades de salud mental de tres instituciones diferentes. Muestreo intencional y razonado.	Noruega	7 grupos focales cuyos datos se grabaron, transcribieron y luego analizaron mediante la técnica de "bricolage".	El estudio revela los problemas éticos que existen en los profesionales en relación a las medidas coercitivas.	Metodología cualitativa: múltiples participantes de distintas disciplinas.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
PELJO-PIRI	2014	Describir las situaciones que los trabajadores en salud mental creen que dan lugar a "consideraciones éticas".	105 trabajadores en dispositivos de salud mental: 38 enfermeras especialistas y 50 auxiliares, 4 médicos, 3 trabajadores sociales, 2 psicólogos y 8 de profesión desconocida.	Suecia	Rellenan un diario donde se les solicita que describan situaciones de trabajo que implican "consideraciones éticas" y las reflexiones que estas les inspiran. Realizaron análisis temático del contenido. Para la validez ecológica, discutieron los resultados del análisis con miembros del personal.	Emergieron 4 temas: cuidados de calidad (que hace referencia a la importancia de mostrar respeto y compromiso en el trabajo); orden y claridad; lealtad e insuficiencia. Muestra que el personal tiene una interpretación muy laxa del concepto "consideraciones éticas".	Metodología cualitativa.
MOLEWIJK	2015	Informar al personal de salud mental, gestores y servicios de apoyo ético sobre cómo abordan los profesionales de salud mental los desafíos éticos en relación a la coerción.	65 miembros de 3 instituciones de salud mental (UHB, CSM, geriátrica, UADO y rehabilitación).	Noruega	7 grupos focales. Son grupos semiestructurados; 3 preguntas centrales (este artículo se centra en la 2ª de ellas): ¿Como te enfrentas a estos desafíos éticos? Cada autor llevó a cabo un análisis del contenido por separado, después redefinieron los temas principales por consenso.	Los profesionales entienden lo que es un desafío ético, tratan con ellos a diario. Se objetiva falta de tiempo, de conocimiento y de metodología específica para abordar estos desafíos éticos. Refieren que muchas veces los tratan de un modo implícito. Raramente se debate sobre conflictos generados por el marco normativo. Escasa inclusión de pacientes y familiares a la hora de abordar estos desafíos. Importancia de entender el porqué del uso de la coerción.	Metodología cualitativa.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
LOVELL	2015	Examinar las percepciones de las enfermeras sobre los incidentes que implican una intervención física; particularmente, sobre los factores que contribuyen a las lesiones sufridas por este grupo.	20 miembros de personal de enfermería (dos por cada uno de los 10 incidentes por los que alguno de los miembros del personal sufrió algún tipo de lesión durante las intervenciones físicas).	Reino Unido	Se emplearon entrevistas cualitativas, semiestructuradas. Después se realizó un análisis temático como el propuesto por Braun & Clarke (2006), asistido por el software MAXQDA.	La violencia de los pacientes plantea constantemente el desafío de tener que hacer balance entre la necesidad de responder para mantener la seguridad de todos y, al mismo tiempo, apoyar y cuidar a personas con necesidades complejas.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.
MUIR-COCHRANE	2015	Comprender las experiencias de enfermería en cuanto a la contención y reclusión en una planta de psiquiatría y cómo estas experiencias respaldan la resistencia a eliminar estas prácticas.	Muestreo voluntario para reclutar a enfermeras registradas y enfermeras de las unidades y sus equipos de alcance comunitario adyacentes.	Australia	Se realizaron entrevistas individuales. Para el análisis de datos se utilizó el enfoque de Smith & Osborn (2008). Se codificaron las transcripciones y se transformaron los códigos en temas conceptuales.	Un tema general (la falta de otras alternativas accesibles) y tres temas relacionados (un entorno interpersonal adverso contribuye al uso de la restricción y la reclusión; un entorno físico desfavorable contribuye a la agresión y el uso de la contención; el entorno de práctica influye en la adopción de la contención y la reclusión).	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes / Perspectiva	Localización Contexto	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Principales resultados	Metodología y muestra
CHAMBERS	2015	¿Cuáles son los pensamientos y sentimientos experimentados por las enfermeras de salud mental cuando cuidan y manejan a los usuarios de los servicios angustiados y/o alterados en situaciones psiquiátricas agudas en pacientes hospitalizados?	12 enfermeras tituladas que trabajan en unidades de agudos psiquiátricas de adultos.	Reino Unido	Recopilación de datos mediante grupos focales. Los datos fueron transcritos y sometidos a análisis inductivo de contenido.	Tres grandes temas explícitos se derivaron de los datos: disonancia emocional y cognitiva, compromiso terapéutico y gestión y apoyo organizativo.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.
KUOSMANEN	2015	Análisis de la experiencia de profesionales de salud mental que experimentan reclusión.	2 enfermeros experimentan voluntariamente la reclusión durante 24 horas.	Finlandia	Dos habitaciones de aislamiento separadas de una UHB vacía. Se siguieron las normas habituales. Cada 6 horas dictaban a una grabadora su experiencia.	Temas: (1) reclusión en general, (2) el ambiente de la sala de aislamiento, (3) actividades durante el aislamiento y (4) otras percepciones relacionadas con la reclusión. Las grabaciones se transcribieron textualmente y luego se hizo un análisis inductivo del contenido.	Metodología cualitativa. Muestra: profesionales de enfermería.

Autor	RUBIO-VALERA	Año	2016	Objetivo principal del estudio	Definir y caracterizar los estados de agitación en la práctica habitual en una unidad de psiquiatría de agudos y urgencias psiquiátricas.	Participantes / Perspectiva	Se establecieron dos grupos nominales, uno con 7 profesionales de enfermería y otro con 10 de psiquiatría (urgencias y psiquiatría de agudos).	Localización Contexto	España	Diseño del estudio Recogida y análisis de datos	Estudio exploratorio-descriptivo, realizado desde una perspectiva socioconstructivista. Se establecieron dos grupos nominales. Los grupos nominales funcionaron como una técnica de construcción de consenso que no requiere un análisis narrativo del discurso.	Principales resultados	El resultado es una clasificación “pragmática” de los estados de agitación y sus requisitos de atención. Fue posible llegar a un consenso en ambos grupos. El equipo de enfermería describió los estados que formaron los extremos de un espectro. Se describió un tercer estado que se caracteriza por un comportamiento desorganizado. El equipo de psiquiatras describió tres estados de agitación: un estado inicial (ansiedad e irritabilidad), un estado moderado y un estado severo de agitación con agresividad y/o violencia.	Metodología y muestra	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/médicos.
--------------	--------------	------------	------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------

TABLA 3
Distribución según países

País del estudio	Nº estudios
Reino Unido	11
Noruega	2
Irlanda	1
España	1
Finlandia	2
Suecia	2
Canadá	1
EE.UU.	1
Australia	4
Nueva Zelanda	1
Irán	1
TOTAL	27