



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Efecto de la coerción en la relación de
cuidados en el ámbito de la salud mental,
una revisión bibliográfica

Effect of coercion on the caregiving
relationship in mental health, a
bibliographic review

Autor

Cristina Lobera Fortea

Director/es

María Isabel Serrano Vicente

Facultad de Ciencias de la Salud
2024-2025

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	3
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos secundarios	5
3. METODOLOGÍA	6
3.1 Diseño del estudio	6
3.2 Bases de datos y estrategia de búsqueda	6
3.3 Criterios de inclusión	7
3.4 Selección de estudios	7
3.5 Evaluación de la calidad de los estudios	8
3.6 Consideraciones éticas	8
4. DESARROLLO	9
4.1 Resultados	9
4.2 Discusión	16
5. CONCLUSIONES	20
6. BIBLIOGRAFÍA	21

ACRÓNIMOS

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

JBÍ: Joanna Briggs Institute.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SM: Salud Mental.

RESUMEN

Introducción: La Salud Mental es esencial para el bienestar de las personas. En los últimos años ha ganado relevancia y visibilidad, generando debates sobre el uso de la coerción, ya que las medidas coercitivas afectan a la autonomía del paciente y la relación terapéutica. El rol de enfermería es clave para crear un vínculo terapéutico de confianza y respeto.

Objetivo: Actualizar y revisar la literatura sobre el impacto de la coerción en la relación de cuidado entre pacientes de salud mental y el personal de enfermería.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el impacto de la coerción en la relación de cuidado en pacientes de salud mental y el personal de enfermería. Se utilizaron las siguientes bases de datos: Medline, Web of Science, Scopus, Cuiden, Lilacs y Biblioteca Cochrane. La búsqueda se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y febrero de 2025, e incluyó artículos publicados en inglés o español en los últimos 10 años (2015-2025).

Resultados: Las medidas coercitivas más usadas son la restricción física, tratamiento involuntario y aislamiento, especialmente en contextos hospitalarios. Su uso genera emociones y experiencias negativas o traumáticas en el paciente, aunque a veces se consideran necesarias para la seguridad. La formación, experiencia, dotación de personal, escucha activa, y comunicación empática, son cruciales para una práctica clínica centrada en el paciente y más humanizada.

Conclusiones: La coerción afecta a la relación terapéutica y genera respuestas ambivalentes en los pacientes, percibiéndolas como necesarias o traumáticas. La formación del personal influye en su percepción sobre la coerción, mientras que la falta de recursos dificulta el uso de alternativas. Para reducir su uso y garantizar un trato digno, es clave un enfoque centrado en el paciente, con confianza, empatía, y comunicación.

Palabras clave: “Coerción”, “Relación enfermero-paciente”, “Salud mental”, “Perspectiva enfermera”.

ABSTRACT

Introduction: Mental Health is an essential in individuals' well-being. In recent years it has gained relevance and visibility, leading to debates on the use of coercion, as coercive measures affect patient autonomy, and the therapeutic relationship. The role of nursing is key in establishing a therapeutic bond based on trust and respect.

Objective: Update and review the literature on the impact of coercion on the care relationship between mental health patients and nursing staff.

Methodology: A bibliographic review was conducted on the impact of coercion in the care relationship between mental health patients and nursing staff. The following databases were searched: Medline, Web of Science, Scopus, Cuiden, Lilacs and Cochrane Library. The search process was conducted between December 2024 and February 2025, including articles published in English or Spanish within the last 10 years (2015-2025).

Results: The coercive measures mainly used are physical restraint, involuntary treatment, and seclusion, especially in hospitalization contexts. Their use generates negative or traumatic emotions and experiences in patients, although they are sometimes considered necessary for safety. The training, experience, sufficient staffing, active listening, and empathetic communication are crucial for a patient-centered and more humanized clinical practice.

Conclusions: Coercion affects the therapeutic relationship and provokes ambivalent responses in patients, who perceived it as either necessary or traumatic. Staff training influences their perception of coercion, while the lack of resources makes it difficult to use alternatives. To minimize its use and ensure dignified care, a patient-centered approach, with trust, empathy, and communication are essential.

Key words: "Coercion", "Nurse-patient relationship", "Mental health", "Nursing perspective".

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», de tal forma que la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de las personas. A la par, define la Salud Mental (SM) como «el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad» (Agnol et al., 2019).

La salud mental, incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta a la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones (Organización Mundial de la Salud, 2022b).

Según la proposición de Ley General de Salud Mental del 12 de enero de 2024, en España, a la luz de las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica creada en 1983, la legislación y las políticas públicas en el ámbito de la salud mental han avanzado de manera significativa, aunque de forma desigual e insuficiente, en la construcción de un modelo de atención comunitario y universal, así como en la integración de las personas con trastornos de salud mental (Congreso de los Diputados de España, 2024).

Años atrás, la práctica clínica extendida en este ámbito se basaba en la reclusión en instituciones de la persona diagnosticada y la utilización de técnicas coercitivas alejándola de la comunidad, colocándola en un contexto de total exclusión social y asumiendo su cronicidad (Rentala et al., 2021).

En los últimos años, la salud mental ha adquirido mayor relevancia y ha ganado protagonismo en la agenda pública. Esta mayor visibilidad ha generado un incremento en las discrepancias y los debates sobre el uso de medidas coercitivas en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental (Beviá y Bono, 2018).

Es evidente la importancia de la salud mental para el bienestar de las personas, y poco a poco este aspecto está adquiriendo transcendencia tanto en el ámbito científico y académico, como en los medios de comunicación y entre la población en general. Sin embargo, la coerción, que se utiliza con frecuencia en la atención a personas con diagnósticos de salud mental, sigue siendo un tema poco visibilizado y sobre el cual es necesario generar una reflexión profunda (Nielsen et al., 2018; Doedens et al., 2020).

Existe evidencia de un uso constante de la coerción en la atención de la salud mental, representada de diferentes formas con distinto grado de intensidad, como el aislamiento, la contención mecánica, la persuasión, la hospitalización involuntaria o la amenaza entre otras (Gerace y Muir-Cochrane, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2022a).

Entendemos por medidas coercitivas todas aquellas acciones realizadas en contra de la voluntad del paciente y que están relacionadas con la vulneración de los derechos humanos, la disminución de la toma de decisiones y, por lo tanto, repercuten en su autonomía (Beviá y Bono, 2018).

Diversos estudios indican que el uso de estas medidas afecta de forma negativa a la relación que se establece entre el personal sanitario y el paciente, lo que supone un reto para la enfermería a la hora de establecer un vínculo terapéutico eficaz. La relación que se forja entre ambos es clave como base del cuidado (Wyder et al., 2015; Moreno-Poyato et al., 2023).

En este proceso, tienen un papel fundamental la colaboración, el respeto, la empatía, la confianza, el diálogo y la comunicación, cuyo objetivo es potenciar la autonomía del paciente y su recuperación (Lorem et al., 2015; Barr et al., 2019; Gerace y Muir-Cochrane, 2019).

Las medidas coercitivas, como hemos comentado anteriormente, vulneran los derechos humanos de los pacientes, aunque al mismo tiempo pueden ser la única manera de evitar un peligro agudo para la persona y/o el profesional sanitario (Gerace y Muir-Cochrane, 2019). Por ello, el uso de estas medidas crea cierta ambivalencia entre los profesionales de enfermería, ya que en muchos casos son los que las aplican y comprueban las repercusiones directas sobre el paciente y su relación con él (Lorem et al., 2015).

1.1 Justificación

Por todo lo citado anteriormente, surge la necesidad de realizar una revisión integrada tanto de la actitud como de la influencia del personal de enfermería en el uso de la coerción. Su papel terapéutico en la atención de la salud mental es clave, son las enfermeras las que mayor parte del tiempo pasan con el paciente, y la relación que construyen con ellos es fundamental para su recuperación. Se debe tener en cuenta que el papel de la enfermera no solo se centra en realizar las diferentes técnicas pertinentes, sino que engloba todas las acciones cuyo objetivo es el cuidado integral (Agnol et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2023).

Crear una relación terapéutica y un entorno de confianza es fundamental para que la enfermera pueda ayudar al paciente a lo largo de su proceso de salud. Se fundamentan el diálogo y la escucha activa como herramientas esenciales, ya que se convierten en una oportunidad para crear vínculos (Nielsen et al., 2018).

Sin embargo, la inclusión de medidas coercitivas en esa relación puede resquebrajar la confianza y afectar negativamente al vínculo terapéutico y por ende a la recuperación de la persona (Khatib et al., 2018; Wyder et al., 2015; Agnol et al., 2019).

Dado el impacto de la coerción sobre la relación terapéutica y el paciente, numerosos estudios hablan sobre la necesidad de su reducción, aplicando medidas alternativas con las cuales se pueda favorecer la humanización de los cuidados, fomentando principios como la autonomía y la dignidad: mejorar las habilidades de comunicación, plantear actividades adicionales y espacios que permitan interactuar a las dos partes, dotación de personal adecuada y formada, la empatía, o la escucha activa (Gandhi et al., 2018; Arturén et al., 2024; Beviá y Bono, 2018).

Por todo lo anterior, surge la necesidad de llevar a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el impacto de la coerción en el vínculo terapéutico entre la persona atendida en salud mental y el profesional de enfermería. La calidad de esta relación influye directamente en la efectividad de la atención y el bienestar del paciente.

Esta revisión permitirá identificar las implicaciones de la coerción en el bienestar emocional de los pacientes y el desempeño del profesional de enfermería, además de proporcionar una base sólida para mejorar las prácticas de atención y promover enfoques más éticos y respetuosos en el cuidado de la salud mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Actualizar y revisar sistemáticamente la literatura científica disponible sobre el impacto de la coerción en la relación de cuidado entre las personas atendidas en servicios de salud mental y el personal de enfermería.

2.2 Objetivos secundarios

1. Analizar el impacto de las prácticas coercitivas en la calidad de la relación terapéutica entre las personas atendidas en salud mental y el personal de enfermería.
2. Proponer estrategias de intervención que favorezcan una relación terapéutica más colaborativa y respetuosa, minimizando el uso de la coerción en la atención de salud mental.
3. Explorar las percepciones de los profesionales de enfermería sobre el uso de la coerción y su impacto en la relación con los pacientes.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica exploratoria, con la finalidad de conocer el impacto de la coerción en la relación de cuidado entre las personas atendidas en servicios de salud mental y el personal de enfermería, y así dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Qué impacto tienen las medidas coercitivas en la relación terapéutica enfermero-paciente en salud mental?

Tabla 1. Pregunta CPC

C	Condition	Coerción/ medidas coercitivas
P	Population	Población psiquiátrica/ salud mental
C	Context	Relación terapéutica/ enfermero-paciente

Fuente: elaboración propia

3.2 Bases de datos y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y febrero de 2025. Se consultaron las siguientes bases de datos: Medline, Web of Science, Scopus, Cuiden, Lilacs y Biblioteca Cochrane.

Como fuentes adicionales se utilizaron páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Boletín Oficial del Estado (BOE), y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

La estrategia de búsqueda se basó en la combinación de los términos “Relación terapéutica”, “Relación enfermero-paciente”, “Vínculo terapéutico”, “Alianza terapéutica”, “Coerción”, “Medidas coercitivas”, “Tratamiento involuntario”, “Aislamiento”, “Contenciones”, “Enfermera/enfermería psiquiátrica” y “Enfermera/enfermería de salud mental”, y sus traducciones al inglés según la base de datos, usando el tesaurio DecS/MeSH.

Estos términos fueron unidos mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” conformando estrategias de búsqueda que se adecuaron a cada base de datos.

3.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los artículos que analizaban la relación enfermero-paciente y el impacto que tiene sobre esta la coerción, publicados en los últimos 10 años (2015-2025), en inglés o en español, con limitación de edad poblacional, que se determinó entre los 19 y 65 años.

Se excluyeron artículos que abordan a usuarios de servicios de salud mental, y los artículos que trataban sobre la salud mental/psiquiatría forense.

3.4 Selección de estudios

Inicialmente se examinaron 183 publicaciones. Para la elección de los estudios se realizó una primera fase de selección basada en la lectura de los títulos y los resúmenes, excluyéndose 131 publicaciones. Los criterios de exclusión en esta primera fase fueron: no tener acceso gratuito al texto completo, artículos que no traten de población psiquiátrica, estar escritos en una lengua diferente a la inglesa o española, artículos relacionados con la psiquiatría forense, y artículos que no relacionan profesional de enfermería, paciente y medidas coercitivas.

Posteriormente, se revisó la selección mediante una lectura completa de los artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y excluyendo los duplicados (n=21). Finalmente se seleccionaron 11 artículos. (Tabla 2)

Tabla 2. Estudios seleccionados.

Bases de Datos	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
MEDLINE	81	20	8
Web of Science	39	12	2
Scopus	59	19	1
Cuiden	1	0	0
LILACS	1	1	0
Biblioteca Cochrane	1	0	0

Fuente: elaboración propia

3.5 Evaluación de la calidad de los estudios

Para evaluar la calidad de los estudios seleccionados se utilizaron las herramientas de JBI (Joanna Briggs Institute) desarrolladas para este fin. En concreto se utilizó el check-list for qualitative research para estudios cualitativos, el check-list for systematic reviews para revisiones sistemáticas y el check-list analytical cross sectional studies para estudios cuantitativos descriptivos. Tanto la check-list for qualitative research como for systematic reviews constan de 10 preguntas, mientras que el analytical cross sectional studies se basa en 8 ítems. Los ítems/preguntas buscan evaluar los distintos estudios teniendo en cuenta elementos como la definición de los criterios de inclusión, el análisis de los resultados o la calidad de los estudios incluidos.

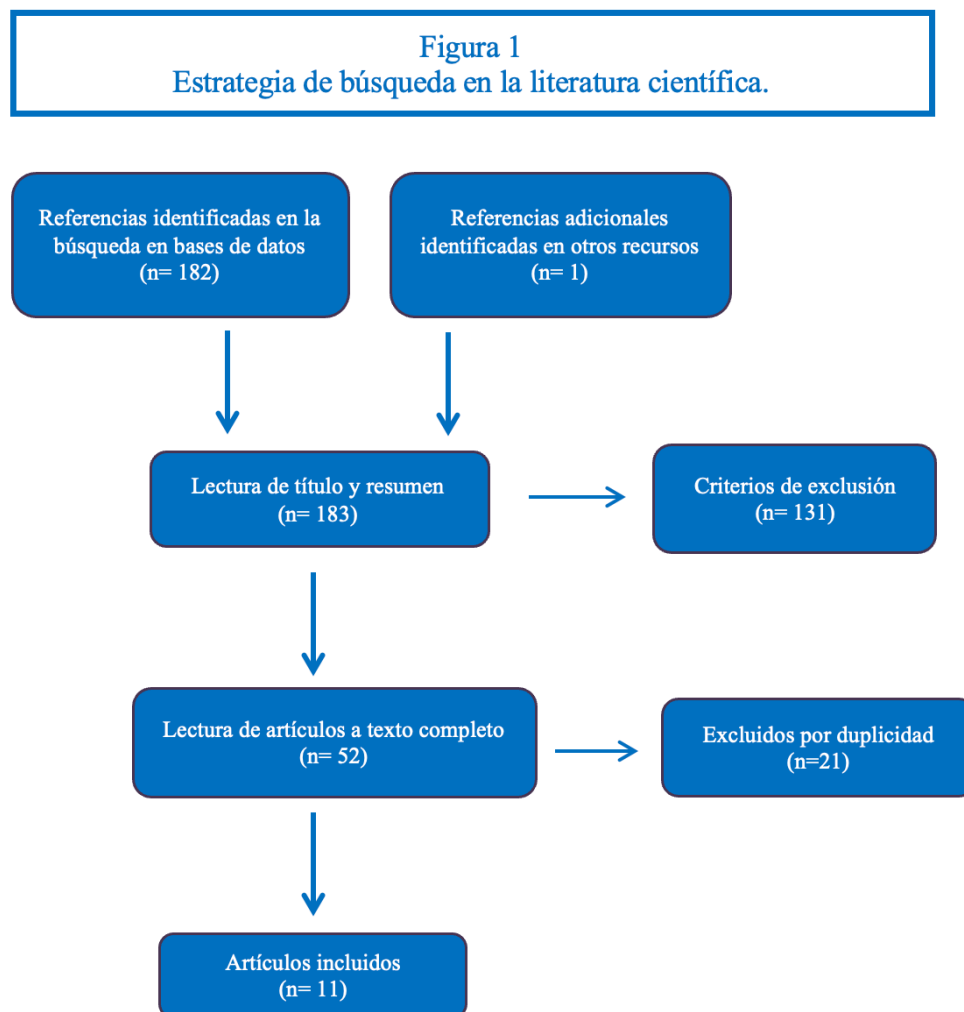
3.6 Consideraciones éticas

El autor declara no tener ningún conflicto de interés en el diseño y realización de este trabajo.

4. DESARROLLO

4.1 Resultados

La estrategia de búsqueda realizada para el presente estudio dio como resultado un total de 183 referencias bibliográficas. A partir de la valoración de los títulos y resúmenes, se seleccionaron 52 referencias de interés. Tras la lectura de texto completo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y excluyendo los duplicados, finalmente se eligieron para la revisión 11 estudios. En la figura 1 (diagrama de flujo) se representa el proceso de selección de estudios.



Fuente: elaboración propia

En esta revisión, predomina la investigación cualitativa, representando el 63,64% de los 11 estudios seleccionados. Del 36,36% restante, la mitad corresponden a revisiones sistemáticas y la otra mitad a estudios cuantitativos, de los cuales uno es descriptivo de corte transversal. Además, el 100% de los artículos seleccionados están escritos en inglés.

Desde el punto de vista geográfico, el 18% de los artículos seleccionados provienen de Inglaterra, otro 18% de Australia, y el resto se distribuye entre Estados Unidos, India, Noruega, Israel y Suecia. El periodo de publicación de los artículos abarcados en este estudio corresponde a los años 2015-2025, con una mayor concentración de publicación en los años 2015 y 2018.

La gran mayoría de los artículos analizados se llevaron a cabo en un contexto de hospitalización (tanto salas como unidades de psiquiatría), teniendo en cuenta el enfoque desde la perspectiva de la enfermería, salvo el realizado por Khatib et al., (2018) que basa su estudio en el muestreo realizado en clínicas comunitarias de salud mental. Los estudios se centraron principalmente en la restricción física, el tratamiento involuntario, y el aislamiento.

Respecto a los participantes, en el 45,45% de los artículos seleccionados la población objetivo para evaluar el impacto de las medidas coercitivas fueron pacientes, mientras que en el 36,36% de ellos se centraron en el personal de enfermería. Por último, el 18,18% de los artículos incluyeron tanto a pacientes como a personal de enfermería.

El tamaño de la muestra varió según la población seleccionada. En los estudios que solo incluían a profesionales sanitarios, el número de participante fluctuó entre 11 y 128. En cambio, en los estudios con pacientes como único grupo de participantes, la muestra osciló entre 5 y 55 personas.

Para la recopilación de información, la mayoría de los estudios utilizaron entrevistas. Aunque una minoría de los autores también llevaron a cabo formularios, cuestionarios o encuestas.

Las revistas más relevantes conforme al tema de estudio en este trabajo han sido “International Journal of Mental Health Nursing” y “Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, ya que recogen el 63,63% de los estudios analizados.

La calidad de los estudios incluidos fue clasificada como media o buena según los criterios de la herramienta JBI (Joanna Briggs Institute). En la tabla 3 se recopilan las principales características de los estudios seleccionados, clasificadas según autor y año de publicación, tipo de estudio, objetivo, muestra poblacional, y resultados más destacados.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	Resultados
Khatib et al., (2018)	Cualitativo	Identificar los factores que minimizarían las consecuencias negativas de la restricción y mejorarían la alianza terapéutica y la confianza	(n=15) Pacientes hospitalizados involuntariamente, que habían sufrido restricción	La confianza entre la enfermera y paciente se ve afectada en el proceso de la restricción física. La condicionan la duración de la restricción, el tiempo transcurrido hasta el primero contacto con el personal, y la calidad de la interacción, destacando la empatía como herramienta fundamental
Ling et al., (2015)	Cualitativo	Analizar las experiencias (antes, durante y después) de pacientes hospitalizados	(n=55) Pacientes hospitalizados en un hospital de salud mental y adicción	La mayoría perciben la restricción como una experiencia negativa, relacionada con la pérdida de su autonomía, la ira, y que crea en ellos sentimientos de miedo o incertidumbre. Pero la comunicación, la escucha, la empatía, pueden influir en el proceso de recuperación
Wyder et al., (2015)	Cualitativo	Analizar la relación terapéutica en pacientes con tratamiento y hospitalización involuntaria	(n=25) Pacientes hospitalizados involuntariamente	La experiencia de tratamiento involuntario fue ambivalente, para algunos beneficiosa y para otros dañina hacia su libertad e integridad física. El personal fue clave, mejorando o empeorando dicha experiencia. Sobre la confianza enfermero-paciente, influyen negativamente los niveles de personal, las tareas administrativas, el ajetreo general o las prácticas de monitoreo, y positivamente la escucha, empatía e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones

Estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	Resultados
Lorem et al., (2015)	Cualitativo	Discutir la evaluación “moral” de la coerción de los pacientes	(n=5) Pacientes de salud mental	La coerción en SM se puede ver como necesaria o terapéutica, sin embargo, también vulnera derechos. La falta de información durante el proceso de coerción, o delimitar su libertad afectan en la confianza. Para lograr la “buena coerción” es imprescindible la confianza, la cooperación y el respeto por la dignidad del paciente
Gandhi et al., (2018)	Cuantitativo (descriptivo de corte transversal)	Evaluar los conocimientos, actitudes, y las prácticas de enfermería en el uso de las restricciones físicas en pacientes psiquiátricos	(n=128) Enfermeras del departamento de psiquiatría en india	Las enfermeras demostraron un buen conocimiento y actitud sobre las restricciones físicas. Resalta la ambivalencia en la conservación de los derechos de los pacientes cuando se utilizan dichas medidas, ya que la mayoría dicen buscar alternativas a las sujeciones físicas, pero consideran que no afectan a la dignidad del paciente. La educación y experiencia mejoran el manejo de las restricciones
Wilson et al., (2017)	Cualitativo	Mejorar la comprensión de la experiencia de pacientes y personal sobre la restricción física en salas de salud mental	(n=13) Pacientes y (n=22) miembros del personal	Personal y pacientes, comprenden que en ocasiones la restricción es un “mal necesario”, aun así, se resalta la necesidad de su uso una vez agotadas el resto de alternativas. Su utilización afecta de forma negativa emocionalmente y en la relación enferma-paciente, la comunicación es clave para reducir su impacto

Estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	Resultados
Gerace y Muir-Cochrane (2019)	Cuantitativo	Analizar las percepciones de los enfermeros a cerca de reducir/eliminar los métodos de contención en entornos psiquiátricos	(n=512) Enfermeros en Australia	La mayoría de las enfermeras afirman haber usado aislamiento, restricción, y en menor medida, contención mecánica para garantizar la seguridad, aunque reconocen su impacto negativo en su relación terapéutica y autonomía. Su uso aumenta con la falta de personal, hacinamiento o mala gestión, mientras que una buena relación terapéutica, y trabajo en equipo lo reducen. La restricción mecánica es más fácil de eliminar por su menor uso, depende de cada unidad
Arturén et al., (2024)	Descriptivo cualitativo	Examinar las experiencias de los enfermeros al trabajar con el modelo de enfoque interactivo (IA)	(n=11) Enfermeras de 3 unidades hospitalarias por psicosis, en Suecia	Destaca la necesidad de adaptarse a cada paciente, enfocándose en el dialogo, la relación terapéutica, o el contacto con el paciente. Recomiendan dar tiempo y espacio para así fomentar la búsqueda de soluciones junto con el paciente, siendo fundamental la comunicación clara para poder reducir las medidas coercitivas
McKeown et al., (2019)	Cualitativo	Explorar el impacto de la dotación de personal para intentar reducir la restricción física en las salas de salud mental	(n=130) Miembros del personal y (n=32) usuarios de servicios psiquiátricos	La falta de personal dificulta la aplicación de alternativas a las medidas coercitivas, como la restricción física, a su vez limita la posibilidad de establecer relaciones terapéuticas y afecta al bienestar del personal. La escasez de profesionales, y el aumento de las tareas burocráticas, reducen las interacciones entre los miembros del personal y pacientes

Estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	Resultados
Banks (2018)	Revisión sistemática	Investigar opciones terapéuticas que minimicen o eliminen el uso de restricciones y aislamiento	Pacientes internados en una unidad psiquiátrica	El uso de restricción y reclusión crea desconfianza hacia los profesionales de SM, alterando la relación terapéutica. Factores como la agresividad o falta de personal aumentan el uso de estas medidas, mientras que el enfoque centrado en el paciente, la comunicación, o el personal cualificado adecuadamente lo disminuyen. Es clave la formación continua de los profesionales, dado que mejora el ambiente terapéutico, la calidad de los cuidados y la satisfacción de ambas partes
Doedens et al., (2020)	Revisión sistemática	Analizar la actitud de las enfermeras y sus características en el uso de medidas coercitivas	Enfermeras de salud mental	Las características y actitudes del personal influyen en la coerción, es necesario que las intervenciones realizadas conserven la dignidad y se apliquen habilidades de comunicación y desescalada (confianza, empatía). El estrés o la falta de personal aumentan las probabilidades de usarlas, para reducir su uso: se debe formar al personal, basar las medidas en la relación terapéutica, la confianza, una comunicación efectiva y un enfoque centrado en el paciente

Fuente: elaboración propia

4.2 *Discusión*

Tras el análisis de los artículos seleccionados, podemos ver que la mayoría de ellos coinciden en que las principales medidas coercitivas usadas en el ámbito de la salud mental son la restricción física y el aislamiento, y ambas tienen un efecto negativo en la relación enfermero-paciente (Khatib et al., 2018; Ling et al., 2015; Wilson et al., 2017; Gerace y Muir-Cochrane, 2019; McKeown et al., 2019; Banks, 2018; Doedens et al., 2020).

En muchos casos la coerción provoca en los pacientes que la han recibido emociones y experiencias traumáticas como son el miedo, el sentimiento de vulnerabilidad, el rechazo y la desconfianza, además de la sensación de pérdida de su autonomía y deshumanización (Ling et al., 2015; Lorem et al., 2015; Wilson et al., 2017).

No obstante, Wilson et al., (2017) y Gerace y Muir-Cochrane (2019) señalan que, bajo determinadas circunstancias, la aplicación de medidas restrictivas es necesaria para preservar la seguridad del paciente, familiares o personal sanitario. Es por ello que el uso de la coerción genera sensaciones ambivalentes, desde ser vista como un mal necesario, cuando el resto de alternativas no son posibles, hasta ir en contra de los derechos de los pacientes.

Por un lado, Gandhi et al., (2018) y Gerace y Muir-Cochrane (2019), dicen que la mayoría de los enfermeros buscan alternativas previas a recurrir a prácticas coercitivas, pero por otro, consideran que su uso puede estar justificado para garantizar la seguridad del paciente y por lo tanto no estaría vulnerando su dignidad.

Múltiples estudios están de acuerdo en que hay determinadas variables que pueden influir en la aplicación de medidas coercitivas. Una de las más destacadas en este análisis es la insuficiente dotación de personal, tal y como resaltan los estudios Wyder et al., (2015), McKeown et al., (2019) y Doedens et al., (2020).

Esta circunstancia reduce el tiempo disponible para trabajar en la creación de un vínculo enfermero-paciente y dificulta el uso de técnicas de desescalada como el debriefing (Ling et al., 2015).

Arturén et al., (2024), a su vez, con el modelo de enfoque interactivo, destaca la importancia del enfoque centrado en el paciente, individualizando el cuidado y buscando soluciones de forma conjunta, lo cual está limitado nuevamente por la falta de personal.

Banks (2018), coincide con Arturén et al., (2024) en la utilización de un enfoque asistencial que empodere la figura del paciente, reduciendo la práctica coercitiva, y que le permita participar en la toma de decisiones de manera que se potencie su autonomía y sienta respetada su dignidad.

Además, varios estudios hacen hincapié en la importancia que tiene la comunicación, el apoyo emocional y la empatía entre el personal sanitario y el paciente para disminuir los efectos adversos de la coerción (Khatib et al., 2018; Ling et al., 2015; Banks, 2018).

Cuando el paciente es escuchado e informado acerca de la situación, se siente parte del proceso lo cual reduce las experiencias negativas que la restricción genera (Wilson et al., 2017). Una comunicación clara, continua y efectiva, un personal cualificado y en constante formación, y el trabajo en equipo, generan un mejor ambiente terapéutico, y por lo tanto una mejor relación terapéutica (Wyder et al., 2015; Lorem et al., 2015; Banks, 2018).

Si bien los estudios comparados presentan coincidencias en varios aspectos como hemos señalado, existen también discrepancias en otros temas.

Según los estudios de Khatib et al., (2018) y Ling et al., (2015), los pacientes valoran la coerción como una experiencia traumática y por tanto tienen una visión negativa que puede poner en riesgo su predisposición a cooperar con el personal sanitario. Sin embargo, Wyder et al., (2015) y Lorem et al., (2015) revelan que, el paciente puede llegar a entender estas medidas como necesarias para su seguridad y las aceptan como una opción temporal.

Uno de los factores que repercuten en la diferencia entre como unos y otros lo perciben, es el grado de comunicación que existe entre paciente y enfermeros, destacando la importancia que éstos últimos tienen en el proceso integral del cuidado.

Si nos fijamos en cuáles son las características que inciden en que el personal sanitario esté más o menos en contra de la aplicación de técnicas coercitivas en el trato al paciente, hay estudios, Gerace y Muir-Cochrane (2019) y Banks (2018), que determinan que aquellos profesionales con mayor grado de formación son más proclives a buscar medidas alternativas a la coerción antes de recurrir a ella.

Por el contrario, Gandhi et al., (2017) señala que enfermeras con una antigüedad en el puesto superior a 10 años tienen actitudes más favorables a la aplicación de restricciones físicas.

Para minimizar o eliminar la utilización de medidas coercitivas, hay estudios que ponen el foco en la formación del personal y en mejorar la comunicación afectiva entre las partes, incidiendo en fomentar la escucha activa, las actitudes empáticas o la búsqueda conjunta de soluciones (Arturén et al., 2024; Gerace y Muir-Cochrane, 2019; Banks, 2018).

Otras investigaciones, como la de McKeown et al., (2019), destacan que la falta de una dotación adecuada de personal y la carga de tareas no clínicas genera sobrecarga de trabajo y un deterioro de la relación terapéutica, lo que a su vez limita la posibilidad de aplicar las herramientas de comunicación citadas anteriormente.

Limitaciones:

La presente revisión tiene las limitaciones propias de la metodología de revisiones sistemáticas y otras relacionadas con la recogida de datos y la subjetividad e interpretación de estos hechos.

En primer lugar, puede que no se haya incluido algún artículo relevante cuyos resultados no hayan sido publicados o que haya sido publicado en un idioma distinto del inglés o el español. No obstante, se ha tratado de hacer un esfuerzo por localizar toda la literatura relevante.

En segundo lugar, la variedad de enfoques metodológicos de los estudios analizados, cualitativos, cuantitativos o revisiones sistemáticas, dificulta la comparación de sus resultados de forma directa.

5. Conclusiones

1. La aplicación de medidas coercitivas, siendo estas principalmente el aislamiento y las restricciones físicas, generan un impacto negativo en la relación enfermero-paciente, ya que generan emociones negativas que dificultan la construcción del vínculo terapéutico.
2. Se observan diferencias respecto a la percepción del paciente cuando se llevan a cabo acciones como el aislamiento, hospitalización involuntaria y restricciones físicas y/o químicas. Unos las ven como traumáticas, mientras otros comprenden que en determinadas situaciones pueden ser necesarias. Una escucha activa y una comunicación efectiva son claves durante todo el proceso.
3. La percepción de los profesionales de enfermería sobre la coerción varía en función del mayor o menor grado de experiencia y formación de los mismos. Además, la sobrecarga de trabajo y la falta de personal interfieren a la hora de poder aplicar soluciones alternativas.
4. Para reducir o eliminar la coerción se deben emplear medidas centradas en el paciente, con un enfoque más humano, siendo la base de estas alternativas la confianza, la empatía, la comunicación y la formación continua del personal, para fomentar un trato digno y respetuoso al paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Agnol, E. C. D., Meazza, S. G., Guimarães, A. N., Vendruscolo, C., & Testoni, A. K. (2019). Nursing care for people with borderline personality disorder in the Freirean perspective. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Revista gaucha de enfermagem*, 40, e20180084. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180084>
2. Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2024). *Umbrella reviews*. En *JB I eBooks*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-24-08>
3. Arturén, H., Zetherström, J., Sjöström, N., Abrams, D., & Johansson, L. (2024). Handling conflict situations in psychosis inpatient care: Nursing staff experiences of the Interactive Approach model. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 31(6), 1083–1092. <https://doi.org/10.1111/jpm.13066>
4. Banks, C. (2018). Eliminating or decreasing restraint use and seclusion for adults in an inpatient psychiatric facility (Doctoral dissertation, Walden University). Walden Dissertations and Doctoral Studies. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/5603>
5. Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International journal of mental health nursing*, 28(4), 888–898. <https://doi.org/10.1111/inm.12588>
6. Beviá, B., & Bono, Á. (Coords.). (2018). *Coerción y salud mental: Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental* (Cuaderno Técnico No. 20). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Coercion-salud-mental-aen.pdf>

7. Congreso de los Diputados de España. (2024, 12 de enero). Boletín oficial de las cortes generales, serie B, número 48-1.
https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/B/BOCG-15-B-48-1.PDF
8. Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.-L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446-459.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
9. Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, Palaniappan, M., Reddy, S. S. N., & BadaMath, S. (2018). Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 36(1), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e10>
10. Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International journal of mental health nursing*, 28(1), 209–225.
<https://doi.org/10.1111/inm.12522>
11. Joanna Briggs Institute. (2017). CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf
12. Khatib, A., Ibrahim, M., & Roe, D. (2018). Re-building Trust after Physical Restraint During Involuntary Psychiatric Hospitalization. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 457–461. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.01.003>

13. Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), 386–392. <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
14. Lorem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 231–240. <https://doi.org/10.1111/inm.12106>
15. Lockwood, C., Porritt, K., Munn, Z., Rittenmeyer, L., Salmond, S., Bjerrum, M., Loveday, H., Carrier, J., & Stannard, D. (2024). Systematic reviews of qualitative evidence. En *JBI eBooks*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-24-02>
16. McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Price, O., Greenwood, P., Whittington, R., & Duxbury, J. (2019). “Catching your tail and firefighting”: The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 26(5-6), 131–141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>
17. Moreno-Poyato, A. R., El Abidi, K., Lluch-Canut, T., Cañabate-Ros, M., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2023). Impact of the ‘reserved therapeutic space’ nursing intervention on patient health outcomes: An intervention study in acute mental health units. *Nursing Open*, 10(8), 5749-5757. <https://doi.org/10.1002/nop2.1750>
18. Nielsen, L. D., Gildberg, F. A., Bech, P., Lange Dalgaard, J., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2018). Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 116–125. <https://doi.org/10.1111/inm.12300>

19. Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Por qué la salud mental es una prioridad para la acción sobre el cambio climático*.
<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
20. Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
21. Rentala, S., Thimmajja, S. G., Bevoor, P., & Nanjegowda, R. B. (2021). Nurses' knowledge, attitude and practices on use of restraints at State Mental health care setting: An impact of in-service education programme. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(1), e12. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e12>
22. Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Ray, M. K. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 26(5), 500-512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
23. Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International journal of mental health nursing*, 24(2), 181–189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>