UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultad de Enfermería y Podología

Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria

VIVENCIA DE COERCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Miriam Aragonés Calleja

Tesis doctoral dirigida por: Dra. Vanessa Sánchez Martínez

Valencia, diciembre de 2024

Facultad de Enfermería y Podología
Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria

TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

VIVENCIA DE COERCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

PRESENTA

Miriam Aragonés Calleja

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Vanessa Sánchez Martínez

Valencia, diciembre de 2024

No hay mayor alegría para el profesional que la despedida amable del "loco"
que sigue siendo quien es y ya no te necesita.
Laura Martín y Fernando Colina, 2018

Agradecimientos

Me gustaría comenzar este texto mostrando mi agradecimiento más sincero a todas y cada una de las personas que han formado parte de este viaje.

A mi directora y compañera Vanessa Sánchez Martínez, quien hace años fue mi profesora en la misma Facultad donde voy a cumplir mi sueño, presentar mi tesis doctoral. Fue ella quien despertó en mí esta gran vocación hacia la salud mental y ha sido ella quien ha hecho posible llevar a cabo este proyecto. Sin tu ayuda no lo hubiera conseguido.

A Azucena Justicia Díaz, quien como tutora de mi Trabajo Final de Residencia en Barcelona me transmitió su pasión por la investigación. Gracias por todos tus conocimientos y por ver en mí lo que ni yo misma era capaz.

A la Dirección del Hospital Padre Jofré y a la Comisión de Docencia por aprobar este proyecto y permitir la recogida de datos. En especial, a cada uno de mis compañeros y compañeras del equipo de enfermería y a las personas ingresadas que participaron desinteresadamente.

A mis padres, Alfonso y Virginia, por inculcarme valores como el esfuerzo, la constancia y la responsabilidad, los cuales me han ayudado a nunca desistir. Gracias por ayudarme a convertirme en la mujer que soy a día de hoy. A mi hermana Beatriz, por admirarme como lo haces y animarme a seguir luchando día a día por mis sueños.

A mi compañero de vida, Adrián. Por mostrarme la luz en los días de mayor estrés y desmotivación. Por alegrarte de mis logros como si fueran los tuyos propios y por apoyarme incondicionalmente.

PRÓLOGO

La presente tesis doctoral se presenta por compendio de publicaciones de acuerdo al Reglamento de Estudios de Doctorado aprobado en el Consejo de Gobierno de 25 de julio de 2017 (ACGUV 206/2017) y modificado el 10 de julio de 2018 (ACGUV 158/2018) y el Reglamento sobre depósito, evaluación y defensa de tesis doctoral [Reglamento aprobado por el Consejo de Gobierno de 23 de julio de 2024 (ACGUV 252/2024)] de la Universidad de Valencia.

La elección de esta modalidad pretendía difundir los resultados obtenidos sin tener que esperar a la finalización de la tesis doctoral y procurar que estos no perdieran originalidad ni interés en el campo científico. Además, publicar en revistas indexadas en *Science Citation Index Expanded* (SCIE) del *Journal Citation Reports* (JCR) de la *Web of Science* es un indicador de calidad en investigación y nos ha permitido ir mejorando los resultados tras revisiones de expertos.

Esta tesis doctoral surgió de la inquietud de observar cómo se privan de ciertos derechos y libertades a las personas con problemas de salud mental tras años de práctica como enfermera especialista en salud mental. Mi principal interés era conocer las vivencias de coerción desde la perspectiva de los y las profesionales de enfermería, así como de las personas usuarias. La unidad de hospitalización escogida para ello fue la Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) del Hospital Padre Jofré, unidad en la que trabajo desde el inicio del proyecto.

Esta tesis doctoral se estructura en tres partes y está compuesta por cuatro artículos interrelacionados entre sí ya que pertenecen a un mismo tema, la coerción en la atención a personas con problemas de salud mental.

En primer lugar, dada la gran abundancia de revisiones sistemáticas al respecto, se realizó una revisión *umbrella*, es decir, una revisión de revisiones, cuyo objetivo era sintetizar toda la evidencia publicada en revisiones sobre la coerción en salud mental. Primero, se publicó en octubre de 2022 el protocolo del estudio bajo el título "*Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol*" (artículo 1) en la revista *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* ubicada en el Q4 de JCR, y un año después, en octubre de 2023, se publicó el trabajo completo titulado "*Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review*" (artículo 2) en la revista *International Journal of Mental Health* situada en el cuartil 1 (Q1) de JCR.

En segundo lugar, centrándonos en la vivencia de coerción entre el personal de enfermería de la UME, se llevó a cabo un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas que dio lugar a la tercera publicación en marzo de 2023 bajo el nombre de "*Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain*" (artículo 3) en la revista *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* situada también en el cuartil 1 (Q1) de JCR.

En tercer y último lugar, dado que la vivencia de coerción más importante es la que afecta a las personas que la sufren, el artículo titulado "*Users' experience of treatment and coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: a mixed methods study"* (artículo 4) publicado en octubre de 2024 en la misma revista que el artículo anterior, la *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, se centró en describir y medir la experiencia y la percepción del trato y la coerción entre personas usuarias de la UME utilizando un enfoque de métodos mixtos.

A continuación, se citan los artículos que componen el cuerpo de la tesis en el orden en el que fueron desarrollados (que difiere del orden de publicación).

Artículo 1 (**Anexo 1**). Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2022). Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *60*(10), 49–55. https://doi.org/10.3928/02793695-20220428-02

Artículo 2 (**Anexo 2**). Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 10.1111/inm.13248. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/inm.13248

Artículo 3 (**Anexo 3**). Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30*(5), 983–993. https://doi.org/10.1111/jpm.12921

Artículo 4 (**Anexo 4**). Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2024). Users' Experience of Treatment and Coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: A Mixed Methods Study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10.1111/jpm.13128. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jpm.13128

Esta tesis recibió financiación de dos convocatorias competitivas: el Premio de Investigación de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) de 2020 (**Anexo 5**) y la Ayuda de Tesis Doctoral UGP-21-017 (Convocatoria 2020) de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) de la Región de Valencia (**Anexo 6**).

Además de la producción científica en artículos indexados en JCR, parte de este trabajo ha sido presentado en dos comunicaciones orales en congresos nacionales de enfermería de salud mental. La primera de ellas en el XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, (edición virtual), en octubre de 2020 bajo el título de "Experiencia de coerción en hospitalización psiquiátrica: Protocolo de investigación". La segunda, en el XL Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, en Torremolinos en marzo de 2023 y titulada "Percepción de las personas usuarias de la coerción en salud mental: una revisión *umbrella*". Por otro lado, una parte de los datos cualitativos recogidos de las entrevistas a profesionales de enfermería para uno de los artículos de esta tesis doctoral y que no se llegaron a utilizar por alejarse del tema principal de la coerción, se explotaron para una tercera comunicación oral en el XXXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, en Pamplona en abril de 2022 titulada "Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una Unidad de Media Estancia", la cual, posteriormente, dio lugar a una ampliación de la información en forma de artículo en la Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME) indexada en las siguientes bases de datos: ROAD, DULCINEA, Latindex, Biblioteca Digital CECOVA, *Trobes* (Universidad de Valencia) y Dialnet.

Referencia: Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2022). Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una unidad de media estancia: estudio cualitativo. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 17*, diciembre 2022. DOI: http://doi.org/1035761/reesme.2022.17.03

Para facilitar la lectura de este documento es necesario explicar que las palabras "vivencia" y "experiencia" se van a emplear en el texto como sinónimos, decantándonos en ocasiones por un término u otro para facilitar la comprensión precisa del texto. Del mismo modo, aclarar que el término "coerción" es sinónimo de "coacción" y también pueden emplearse indistintamente. Por último, añadir que la coerción está compuesta por distintos fenómenos que pueden tener una traducción variada y además de elegir un término en castellano se va a proporcionar un término en inglés siempre que se considere necesario para aclarar a qué nos estamos refiriendo.

En cuanto al formato, aclarar que las Tablas y Figuras expuestas en este documento se citaran en color negro y negrita (**Tabla X**, **Figura X**) y los Anexos en color azul y negrita (**Anexo X**). Cuando se haga alusión a Tablas, Figuras u otros materiales localizados en los artículos de los Anexos o se haga de nuevo referencia a información ya explicada en este texto, se citará en color azul sin resaltar (Figura X del Anexo X; apartado 1.3. página X).

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas y figuras 16
Listado de abreviaturas 20
Resumen y palabras clave 26
Resum i paraules clau 29
Abstract and keywords 32

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA 36
1.1. Historia del uso de las medidas coercitivas en salud mental 38
1.2. Coerción: definición y clasificación 43
1.3. Experiencias y vivencias de coerción e instrumentos de evaluación 48
1.4. Regulación de las medidas coercitivas 52
1.4.1. Medidas legislativas 53
1.4.2. Programas e intervenciones prácticas para reducir la coerción 56
1.4.2.1. *Seis Estrategias Básicas o "Six Core Strategies"* 56
1.4.2.2. Modelo Safewards 58
1.4.2.3. Habitación de la calma o "comfort room" 61
1.4.2.4. *Técnica de desescalada verbal* 63
1.4.2.5. *Política de puertas abiertas* 65
1.4.2.6. *Voluntades Anticipadas en Salud Mental* 66
1.5. Recorrido de la investigación en coerción en salud mental a nivel internacional 68

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS 70
2.1. Problema de investigación 72
2.2. Objetivos 74
2.2.1. Objetivos generales 74
2.2.2. Objetivos específicos 75

3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS 76
3.1. PARTE 1. Revisión de revisiones: revisión *umbrella* 78
3.1.1. Metodología 78
3.1.1.1. Diseño 78
3.1.1.2. Criterios de elegibilidad 78

3.1.1.3. Selección de estudios 79
3.1.1.4. Extracción de datos 80
3.1.1.5. Síntesis y análisis de datos 80
3.1.1.6. Evaluación del riesgo de sesgo 81
3.1.2.Resultados 81
3.1.2.1. Características de los artículos incluidos 81
3.1.2.2. Evidencia sobre medidas coercitivas específicas 82
3.1.2.3. Experiencias, percepciones y actitudes de los y las profesionales, las personas usuarias de servicios de salud mental y sus cuidadores y familiares hacia la coerción y las medidas coercitivas específicas 91
3.2. PARTE 2. Estudio cualitativo para conocer las experiencias y vivencias de coerción en profesionales de enfermería de la UME 97
3.2.1.Metodología 97
3.2.1.1. *Diseño* 97
3.2.1.2. Participantes y contexto 97
3.2.1.3. *Procedimiento y recolección de datos* 98
3.2.1.4. Análisis de datos 99
3.2.1.5. Consideraciones éticas 100
3.2.2.Resultados 100
3.2.2.1. Tema 1. Relación terapéutica y trato en la UME 103
3.2.2.2. Tema 2. Coerción en la UME 106
3.3. PARTE 3. Estudio mixto para conocer las experiencias y vivencias de coerción en personas usuarias ingresadas en la UME 112
3.3.1.Metodología 112
3.3.1.1. Diseño 112
3.3.1.2. Participantes y contexto 112
3.3.1.3. Procedimiento y recolección de datos 113
3.3.1.4. Análisis de datos 115
3.3.1.5. *Consideraciones éticas* 116
3.3.2.Resultados 116
3.3.2.1. *Resultados cualitativos* 116
3.3.2.2. *Resultados cuantitativos* 124
3.3.2.3. Relación entre los datos cualitativos y los cuantitativos 125

4. DISCUSIÓN **128**

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS INVESTIGACIONES **142**

6. CONCLUSIONES **146**

7. REFERENCIAS **150**

8. ANEXOS **178**

Anexo 1. Artículo 1: *Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol.* 180

Anexo 2. Artículo 2: *Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review.* 188

Anexo 3. Artículo 3: *Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain.* 210

Anexo 4. Artículo 4: *Users' experience of treatment and coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: a mixed methods study.* 221

Anexo 5. Certificado del XVIII Premio de Investigación de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental en su convocatoria de 2020. 236

Anexo 6. Certificado de la Ayuda de Tesis Doctoral UGP-21-017 de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) en su convocatoria de 2020. 237

Anexo 7. "Escala de Experiencia de Coerción" (CES) en su versión corta en español: CES-18. 238

Anexo 8. Estrategias de búsqueda para las diferentes fuentes de datos de la revisión *umbrella.* 239

Anexo 9. Lista de estudios excluidos en la fase de elegibilidad de la revisión *umbrella.* 243

Anexo 10. Herramienta de evaluación crítica del *Instituto Joanna Briggs* empleada para evaluar la calidad de los estudios incluidos en la revisión *umbrella.* 246

Anexo 11. Herramienta de evaluación del riesgo de sesgo (ROBIS) empleada para evaluar la calidad de los estudios incluidos en la revisión *umbrella.* 247

Anexo 12. Guion de la entrevista semiestructurada para profesionales y personas usuarias de la parte cualitativa de los estudios correspondientes a la parte 2 y 3. 250

Anexo 13. Documento de aprobación del Comité de Ética e Investigación Médica del Hospital Dr. Peset. 251

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Temas, subtemas y códigos derivados del análisis temático en la revisión *umbrella*. 95

Tabla 2. Características sociodemográficas de los y las profesionales participantes. 101

Tabla 3. Temas, subtemas, categorías y códigos de las entrevistas a profesionales de enfermería. 102

Tabla 4. Características sociodemográficas y experiencia de coerción de las personas usuarias entrevistadas. 118

Tabla 5. Temas, subtemas, categorías y códigos de las entrevistas a personas usuarias. 119

Tabla 6. Relación de los ítems de la escala CES-18 con códigos de las entrevistas a personas usuarias. 125

Tabla 7. Relación entre la puntuación de la escala CES-18 y citas textuales de las personas entrevistadas. 126

Figuras

Figura 1. Componentes del modelo *Safewards*. 58

Figura 2. Intervenciones de enfermería del modelo *Safewards*. 60

Listado de abreviaturas

ACNUDH	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
AEESME	Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
APT	Asociación para la Prevención de la Tortura
CDPD	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEIM	Comité de Ética e Investigación Médica
CES	*Coercion Experience Scale*
CES-18	Escala de Experiencia de Coerción abreviada en español
CIE-10	Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades
COREQ	*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
CPT	Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes
CTO	*Community Treatment Orders*
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
ECAs	Ensayos Controlados Aleatorios
EUNOMIA	*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project*
FISABIO	Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica
HD	Hospital de Día
IQR	Rango Intercuartílico
JBI	Instituto Joanna Briggs
JCR	*Journal Citation Reports*
LGS	Ley General de Sanidad
NASMHPD	*National Association of State Mental Health Program Directors*
NIC	Clasificación Internacional de Intervenciones Enfermeras
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización Naciones Unidas
OTC	Órdenes de Tratamiento Comunitario
PAD	Planificación Anticipada de Decisiones
PAD-SM	Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
RAE	Real Academia Española

REESME	Revista Española de Enfermería de Salud Mental
ROBIS	*Risk of Bias in Systematic Reviews*
SCIE	*Science Citation Index Expanded*
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
STROBE	*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*
TAI	Tratamiento Ambulatorio Involuntario
TAF	Tratamiento Ambulatorio Forzoso
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TEC	Terapia Electroconvulsiva
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos
UME	Unidad de Media Estancia
VVAA	Voluntades Anticipadas
VVAA-SM	Voluntades Anticipadas en Salud Mental

Resumen y palabras clave

Resum i paraules clau

Abstract and keywords

Resumen y palabras clave

Introducción: La coerción y las medidas restrictivas siguen siendo el principal problema ético en el cuidado de personas con problemas de salud mental dado el conflicto que generan. Por un lado, se utilizan buscando una mayor estabilidad clínica de la persona atendida y para garantizar su seguridad y/o la de otras personas; pero por otro, comprometen sus derechos fundamentales y afectan a su salud física, a su recuperación y a su bienestar psicológico y/o emocional. En los últimos años, organizaciones internacionales y asociaciones de profesionales y de representantes de las personas afectadas han expresado la necesidad de regular, limitar e incluso eliminar las medidas coercitivas en el tratamiento psiquiátrico a través de la modificación de la legislación vigente e implementación de programas e intervenciones específicas que garanticen un trato digno y respetuoso.

Objetivos: Los objetivos generales de esta tesis doctoral fueron dos: el primero, recopilar, evaluar, sintetizar y mejorar la accesibilidad de la evidencia existente sobre la coerción en el ámbito de la salud mental a través de una revisión *umbrella*; el segundo, analizar y describir la vivencia de coerción en la Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) del Hospital Padre Jofré, tanto desde la perspectiva de los y las profesionales de enfermería como de las personas usuarias.

Metodología:

Parte 1. La revisión *umbrella* se desarrolló de acuerdo al manual de síntesis de evidencia del Instituto Joanna Briggs (JBI) y siguiendo las pautas PRISMA para revisiones sistemáticas. Se utilizó el marco PICO y entre los criterios de selección se precisó que la coerción debía ser el tema principal de la revisión. Las principales bases de datos consultadas fueron Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE y CINAHL, así como repositorios de revisiones sistemáticas. Se incluyeron 46 artículos. Para minimizar el riesgo de sesgo, ambas autoras extrajeron los datos y analizaron la calidad y riesgo de sesgo de cada revisión de manera independiente y se utilizó tanto la síntesis narrativa como temática para la presentación de los resultados.

Parte 2. Para describir la vivencia y percepción del trato y de la coerción entre el personal de enfermería se utilizó un enfoque puramente cualitativo a través de 28 entrevistas semiestructuradas realizadas cara a cara y analizadas mediante la técnica de análisis de contenido.

Parte 3. Para describir y medir la vivencia y percepción del trato y de la coerción entre las personas usuarias, se llevó a cabo un enfoque de métodos mixtos en una muestra total de 75 participantes. La parte cualitativa comparte la metodología de la Parte 2. Para la rama cuantitativa del estudio se recopiló información relativa a la coerción a través de la Escala de Experiencia de Coerción abreviada en español (CES-18) que mide la experiencia subjetiva de coerción. Del total de la muestra, 20 personas usuarias participaron en las ramas cualitativa y cuantitativa del estudio, y las 55 personas usuarias restantes completaron únicamente la CES-18.

Resultados:

Parte 1. Las 46 revisiones sistemáticas incluidas en la revisión *umbrella* se agruparon en dos categorías: 1) evidencia sobre medidas coercitivas específicas (incluidas las Órdenes de Tratamiento Comunitario, el tratamiento forzoso, los ingresos involuntarios, el aislamiento y la contención física y/o mecánica, y la coerción informal), teniendo en cuenta su prevalencia, factores relacionados, eficacia, efectos nocivos y alternativas para reducir su uso; y 2) vivencias, percepciones y actitudes relativas a la coerción de los y las profesionales, las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus cuidadores o familiares.

Parte 2. En las entrevistas a profesionales de enfermería se detectaron dos temas principales: 1) relación terapéutica y trato en la UME, que incluía tres subtemas: cualidades de los y las profesionales para construir la relación terapéutica; percepciones sobre las personas ingresadas en la UME y opiniones sobre la relación terapéutica y el trato en la UME; y 2) Coerción en la UME, que comprendía cinco subtemas: conocimientos profesionales; aspectos generales; impacto emocional de la coerción; opiniones y alternativas. Algunas enfermeras siguen considerando que ciertas medidas coercitivas son un mal necesario, al tiempo que expresan la necesidad de procedimientos menos intrusivos y más respetuosos con los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental.

Parte 3. El análisis de contenido de las entrevistas a las personas usuarias del servicio dio como resultado dos temas principales: el trato recibido en la UME y la experiencia de coerción en la UME. Las personas participantes distinguieron entre buen trato y mal trato o trato injusto. La experiencia de coerción en la UME incluyó la sensación de libertad o falta de ella en la unidad, formas de coerción formal e informal y el impacto positivo o negativo de las reglas en la unidad. La forma más habitual de coacción en la unidad era la coerción informal, aunque la mayoría de las personas participantes no eran conscientes de haberla

sufrido. Los datos cuantitativos revelaron una baja percepción de coerción formal entre las personas usuarias.

Conclusiones: La revisión *umbrella* presentada es la primera revisión de revisiones realizada sobre la coerción en la atención de salud mental que aborda una diversidad de temas tan amplia, evidenciando que las medidas coercitivas más estudiadas son el aislamiento y la contención mecánica, así como sus consecuencias físicas y emocionales. Las medidas coercitivas suelen estar normalizadas en la atención a la salud mental y se consideran implícitas en la práctica diaria, por ello, el dilema ético más importante al que se enfrentan los y las profesionales en su práctica clínica sigue siendo intentar encontrar un equilibrio entre los principios éticos de beneficencia y no maleficencia. Nuestros resultados subrayan la importancia de que los y las profesionales de la salud mental protejan la autonomía y la dignidad de las personas usuarias, les permitan implicarse en su proceso de recuperación y les proporcionen un trato adecuado que favorezca el desarrollo de relaciones terapéuticas óptimas. Las personas usuarias tienen diferentes puntos de vista sobre lo que significaba ser bien tratado, pero todas coinciden en la importancia de la comunicación y la necesidad de sentirse respetadas.

Palabras clave: coerción, salud mental, rehabilitación psiquiátrica

Resum i paraules clau

Introducció: La coerció i les mesures restrictives continuen sent el principal problema ètic en la cura de persones amb problemes de salut mental donat el conflicte que generen. D'una banda, s'utilitzen buscant una major estabilitat clínica de la persona atesa i per a garantir la seua seguretat i/o la d'altres persones; però per una altra, comprometen els seus drets fonamentals i afecten la seua salut física, la seua recuperació i el seu benestar psicològic i/o emocional. En els últims anys, organitzacions internacionals i associacions de professionals i de representants de les persones afectades han expressat la necessitat de regular, limitar i fins i tot eliminar les mesures coercitives en el tractament psiquiàtric a través de la modificació de la legislació vigent i la implementació de programes i intervencions específics que garantisquen un tracte digne i respectuós.

Objectius: Els objectius generals d'esta tesi doctoral van ser dos: el primer, recopilar, avaluar, sintetitzar i millorar l'accessibilitat de l'evidència existent sobre la coerció en l'àmbit de la salut mental a través d'una revisió *umbrella*; el segon, analitzar i descriure la vivència de coerció en la Unitat d'Hospitalització de Mitja Estada (UME) de l'Hospital Pare Jofré, tant des de la perspectiva dels i les professionals d'infermeria com dels usuaris i les usuàries.

Metodologia:

Part 1. La revisió *umbrella* es va desenrotllar d'acord amb el manual de síntesi d'evidència de l'Institut Joanna Briggs (JBI) i seguint les pautes PRISMA per a revisions sistemàtiques. Es va utilitzar el marc PICO i entre els criteris de selecció es va precisar que la coerció havia de ser el tema principal de la revisió. Les principals bases de dades consultades van ser Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE i CINAHL, així com repositoris de revisions sistemàtiques. Es van incloure 46 articles. Per a minimitzar el risc de biaix, ambdues autores van extraure les dades i van analitzar la qualitat i el risc de biaix de cada revisió de manera independent i es va usar tant la síntesi narrativa com temàtica per a la presentació dels resultats.

Part 2. Per a descriure la vivència i percepció del tracte i de la coerció entre el personal d'infermeria es va usar un enfocament purament qualitatiu a través de 28 entrevistes semiestructurades realitzades cara a cara i analitzades mitjançant la tècnica d'anàlisi de contingut.

Part 3. Per a descriure i mesurar la vivència i percepció del tracte i de la coerció entre els usuaris i les usuàries, es va dur a terme un enfocament de mètodes mixtos en una mostra total de 75 participants. La part qualitativa compartix la metodologia de la Part 2. Per a la branca quantitativa de l'estudi es va recopilar informació relativa a la coerció a través de l'Escala d'Experiència de Coerció abreujada en espanyol (CES-18) que mesura l'experiència subjectiva de coerció. Del total de la mostra, 20 persones van participar en les branques qualitativa i quantitativa de l'estudi, i els 55 usuaris i usuàries restants van completar només la CES-18.

Resultats:

Part 1. Les 46 revisions sistemàtiques incloses en la revisió *umbrella* es van agrupar en dos categories: 1) evidència sobre mesures coercitives específiques (incloses les Ordes de Tractament Comunitari, el tractament forçós, els ingressos involuntaris, l'aïllament i la contenció física i/o mecànica, i la coerció informal), tenint en compte la seua prevalença, els factors relacionats, l'eficàcia, els efectes nocius i les alternatives per a reduir el seu ús; 2) vivències, percepcions i actituds relatives a la coerció dels i les professionals, els usuaris i les usuàries dels servicis de salut mental i els seus cuidadors o familiars.

Part 2. En les entrevistes a professionals d'infermeria es van detectar dos temes principals: 1) la relació terapèutica i el tracte en l'UME, que incloïa tres subtemes: qualitats dels i les professionals per a construir la relació terapèutica; percepcions sobre les persones ingressades en l'UME i opinions sobre la relació terapèutica i el tracte en l'UME; 2) Coerció en l'UME, que comprenia cinc subtemes: coneixements professionals; aspectes generals; impacte emocional de la coerció; opinions i alternatives. Algunes infermeres continuen considerant que certes mesures coercitives són un mal necessari, al mateix temps que expressen la necessitat de procediments menys intrusius i més respectuosos amb els drets i la dignitat de les persones amb problemes de salut mental.

Part 3. L'anàlisi de contingut de les entrevistes als usuaris i les usuàries del servici va donar com a resultat dos temes principals: el tracte rebut en l'UME i l'experiència de coerció en l'UME. Les persones participants van distingir entre bon tracte i mal tracte o tracte injust. L'experiència de coerció en l'UME va incloure la sensació de llibertat o falta d'ella en la unitat, formes de coerció formal i informal i l'impacte positiu o negatiu de les regles en la unitat. La forma més habitual de coacció en la unitat era la coerció informal, encara que la majoria de

les persones participants no eren conscients d'haver-la patit. Les dades quantitatives van revelar una baixa percepció de coerció formal entre les persones usuàries.

Conclusions: La revisió *umbrella* presentada és la primera revisió de revisions realitzada sobre la coerció en l'atenció de salut mental que aborda una diversitat de temes tan àmplia, i evidencia que les mesures coercitives més estudiades són l'aïllament i la contenció mecànica, així com les seues conseqüències físiques i emocionals. Les mesures coercitives solen estar normalitzades en l'atenció a la salut mental i es consideren implícites en la pràctica diària, per això, el dilema ètic més important al qual s'enfronten els i les professionals en la seua pràctica clínica continua sent intentar trobar un equilibri entre els principis ètics de beneficència i no maleficència. Els nostres resultats subratllen la importància que els i les professionals de la salut mental protegisquen l'autonomia i la dignitat dels usuaris i les usuàries, els permeten implicar-se en el seu procés de recuperació i els proporcionen un tracte adequat que afavorisca el desenvolupament de relacions terapèutiques òptimes. Els usuaris i les usuàries tenen diferents punts de vista sobre què significava ser ben tractat, però tots i totes coincidixen en la importància de la comunicació i la necessitat de sentir-se respectats i respectades.

Paraules clau: coerció, salut mental, rehabilitació psiquiàtrica

Abstract and keywords

Introduction: Coercion and restrictive measures continue to be the main ethical problem in the care of persons with mental health problems given the conflict they generate. On the one hand, they are used to achieve greater clinical stability of the person being cared for and to guarantee their safety and/or that of others; but on the other hand, they compromise their fundamental rights and affect their physical health, their recovery and their psychological and/or emotional well-being. In recent years, international organizations and associations of professionals and representatives of affected persons have expressed the need to regulate, limit and even eliminate coercive measures in psychiatric treatment through the modification of current legislation and the implementation of specific programs and interventions that guarantee dignified and respectful treatment.

Objectives: The two general objectives of this doctoral thesis were: first, to compile, evaluate, synthesize and improve the accessibility of the existing evidence on coercion in the field of mental health through a general review; second, to analyse and describe the experience of coercion in the medium-stay mental health unit (MSMHU) of the *Padre Jofré* Hospital, both from the perspective of nursing professionals and users.

Methods:

Part 1. The umbrella review was developed according to the Joanna Briggs Institute (JBI) manual for evidence synthesis and adheres to the PRISMA guidelines for systematic reviews. The PICO framework was used and among the selection criteria it was specified that coercion should be the main theme of the review. The main databases consulted were Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE and CINAHL, as well as repositories of systematic reviews. Forty-six articles were included. To minimise the risk of bias, both authors extracted data and analysed the quality and risk of bias of each review independently and both narrative and thematic synthesis were used for the presentation of results.

Part 2. To describe the experience and perception of treatment and coercion among nursing staff of the MSMHU, a purely qualitative approach was used through 28 semi-structured interviews conducted face-to-face and analysed using the content analysis technique.

Part 3. In order to describe and measure the experience and perception of treatment and coercion among users, a mixed methods approach was carried out on a total sample of 75

participants. The qualitative part shares the methodology of Part 2. For the quantitative part of the study, information regarding coercion was collected through the Coercion Experience Scale abbreviated in Spanish (CES-18) which measures the subjective experience of coercion. Of the total sample, 20 users participated in both the qualitative and quantitative arms of the study, and the remaining 55 users completed only the CES-18.

Results:

Part 1. The 46 systematic reviews included in the umbrella review were grouped into two categories: 1) evidence on specific coercive measures (including Community Treatment Orders, forced treatment, involuntary admission, seclusion and physical and/or mechanical restraint, and informal coercion), taking into account their prevalence, related factors, effectiveness, harmful effects and alternatives to reduce their use; and 2) experiences, perceptions and attitudes concerning coercion of professionals, mental health service users and their caregivers or relatives.

Part 2. Two main themes were found in the interviews with nursing staff: 1) therapeutic relationship and treatment in the MSMHU, which included three subthemes: qualities of the professionals for building the therapeutic relationship; perceptions about the persons admitted to the MSMHU and views of the therapeutic relationship and treatment in the MSMHU; 2) Coercion at the MSMHU, comprising five subthemes: professional knowledge; general aspects; emotional impact of coercion; opinions and alternatives. Some nurses still consider certain coercive measures to be a necessary evil, while expressing the need for less intrusive procedures that are more respectful of the rights and dignity of people with mental health problems.

Part 3. The content analysis of the interviews with service users resulted in two main themes: treatment received in the MSMHU and experience of coercion in the MSMHU. The participants made a distinction between good treatment and mistreatment or unfair treatment. Experience of coercion in the MSMHU included the feeling of freedom or lack thereof in the unit, forms of formal and informal coercion and the positive or negative impact of rules in the unit. The most common form of coercion in the unit was informal, although most of the participants were not aware of having experienced it. The quantitative data revealed a low perception of formal coercion among the users.

Conclusions: The umbrella review presented is the first review of reviews conducted on coercion in mental health care that addresses such a wide diversity of themes, evidencing that the most studied coercive measures are seclusion and mechanical restraint, as well as their physical and emotional consequences. Coercive measures are often normalised in mental health care and are considered implicit to daily practice, so the most important ethical dilemma faced by professionals in their clinical practice remains trying to find a balance between the ethical principles of beneficence and non-maleficence. Our findings underline the importance of mental health professionals protecting the autonomy and dignity of users, allowing them to be involved in their recovery process and providing them with appropriate treatment that favours the development of optimal therapeutic relationships. The users have different views on what it means to be treated well, but they all agree on the importance of communication and the need to feel respected.

Keywords: coercion, mental health, psychiatric rehabilitation

1. Antecedentes y estado actual del tema

La salud mental es un estado de bienestar psicológico que permite a una persona superar los momentos estresantes de la vida, desarrollar todas sus capacidades, aprender adecuadamente, trabajar de manera efectiva y contribuir al progreso de su comunidad. Es una parte fundamental de la salud y el bienestar que respalda nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, construir relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022].

La salud mental es, además, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Tanto es así, que en 2015 la salud mental fue incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), concretamente dentro del Objetivo 3 Salud y Bienestar, aunque la salud mental es transversal a cada uno de los 17 ODS contemplados por la ONU [Organización Naciones Unidas (ONU), 2024]. Los dos subapartados del Objetivo 3 que recogen la salud mental son:

> *3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.*
>
> *3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.*

Pese al interés que existe por la promoción de la salud mental y el bienestar, las personas con algún problema de salud mental han estado y están expuestas a un trato estigmatizante, discriminatorio e incluso deshumanizado que les puede llegar a privar de sus derechos humanos y libertades fundamentales (OMS, 2022; OMS y ONU, 2023). Por ejemplo, la atribución de peligrosidad y/o de incapacidad a las personas con trastornos mentales ha ido justificando a lo largo de los años la implementación de medidas legislativas "preventivas" en diferentes países, como el ingreso involuntario o la medicación forzosa, favoreciendo el uso de medidas coercitivas, reforzando ese estigma y discriminación y configurando un "círculo vicioso" difícil de detener (Beviá y Girón, 2017).

1.1. Historia del uso de las medidas coercitivas en salud mental.

La historia de la psiquiatría se ha forjado en base a la respuesta de dos preguntas: ¿qué entendemos por locura? y ¿qué hacemos con ella? Tratar de darles respuesta es lo que ha ido determinando la manera en que la sociedad ha actuado sobre las personas con problemas de salud mental, variando entre tiempos y culturas (Marietán, 2004).

A lo largo de la historia, la enfermedad mental ha estado marcada por terapias de dudosa eficacia que se imponían a las personas para sus padecimientos en función de la sociedad y sus creencias, así como por tratos inhumanos y degradantes (Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). Por tanto, el uso de la coerción en la atención de personas con trastornos mentales no es nuevo, sino que ha sido reportado desde la antigüedad (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967). Ejemplos de ello podemos identificarlos desde la prehistoria (2-3 millones de años a.C.), cuando la enfermedad, tanto física como mental, se atribuía a fuerzas de origen sobrenatural y mágico-religiosas (Eby y Brown, 2010), llegándose a practicar tratamientos como las trepanaciones (perforaciones en el cráneo) para expulsar a los malos espíritus causantes de la enfermedad (Palma, 2016).

Durante el periodo grecorromano, comprendido dentro de la Edad Antigua, se separó el estudio de la mente de las creencias religiosas (Marietán, 2004), ofreciendo las primeras observaciones clínicas y comenzándose a estudiar las enfermedades mentales desde un punto de vista más científico (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967). Fue Hipócrates (460-377 a.C.) el primero en señalar el origen natural de los trastornos mentales, sustentando su etiología en el desequilibrio de los cuatro humores básicos (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) y estableciendo una clasificación de cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y frenético) que indicaban la orientación emocional predominante (Vallejo, 2015). Si la interacción entre estos temperamentos indicaba un exceso de humor se realizan purgas o sangrías, es decir, se provocaban pérdidas deliberadas de sangre para recuperar el equilibrio humoral perdido bien a través de sanguijuelas o cortes en el cuerpo (Rodríguez-Montes, 2013), tratamientos que ya estaban presentes en la prehistoria y que se practicaron hasta el siglo XIX para fines psiquiátricos (Rodríguez-Montes, 2013).

Los progresos de la época grecorromana sufrieron un retroceso tras la caída del Imperio Romano (siglo V) y el comienzo de la época medieval. Durante la Edad Media (siglo V – mediados/finales del XV), los postulados científicos y humanitarios de la cultura grecorromana solo persistieron en la cultura árabe, donde a pesar de las diferentes concepciones de la etiología de la locura, los *enfermos mentales*[1] o *locos*[1] siempre fueron respetados (Vallejo, 2015; Fernández-Vázquez y Mañá-Ares, 2016). En el resto de Europa, la atención a la salud mental cayó en manos de los sacerdotes exorcizadores volviendo a la demonización y a la brujería, lo cual se extendió durante más de un siglo y se considera la etapa oscura de la psiquiatría (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967; Nogales, 2004). Los

[1] Términos empleados en la antigüedad para hacer referencia a personas con problemas de salud mental.

exorcismos, los rezos y los conjuros fueron la base del tratamiento y el castigo se consideraba un medio para ahuyentar al diablo (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967). El cuidado de las personas con problemas de salud mental se realizaba, fundamentalmente, por monjes o sacerdotes en los monasterios o en asilos de peregrinos, pero su situación seguía siendo lamentable. Si la persona era "desobediente" o se mostraba furiosa, se le maltrataba, se le colgaba de grilletes o se le encerraba en jaulas (Pileño-Martínez et al., 2003).

Al inicio de la Edad Moderna (finales del siglo XV), la escasez de médicos y la ineficacia de la medicina se unían a la abundancia de curanderos y a la superstición popular para favorecer que se siguiera creyendo en lo supuestamente diabólico, mágico y divino (Pileño-Martínez et al., 2003). Se pensaba que las personas con problemas de salud mental estaban poseídas por el demonio; si eran mujeres se les acusaba de brujería y eran quemadas en la hoguera o ejecutadas[2]. El Renacimiento, que se extendió desde el inicio de la Edad Moderna hasta el siglo XVI fue una época de profundas contradicciones dada la innovadora concepción del ser humano y la nueva forma de entender y organizar la asistencia a los enfermos (Nogales, 2004). Por tanto, las creencias mágico-religiosas se comenzaron a poner en duda por algunos ilustrados como Juan Luis Vives (1492-1540), quien cuestionó el origen extranatural de los procesos psíquicos (Vallejo, 2015); o Johan Weyer (1515-1588), quien denunció que las personas acusadas de brujas eran en realidad *enfermos mentales* y quien es considerado según Marietán (2004) como el primer psiquiatra de la historia y padre de la psiquiatría moderna por su lucha a favor de los *locos*.

Asimismo, en el terreno asistencial comenzaba a existir una profunda compasión hacia los *enfermos mentales* y se empezaron a crear las primeras instituciones específicas para sus cuidados (Ackerknecht, 1955). Cabe destacar el primer nosocomio de Europa, que fue fundado en Valencia por Joan Gilabert Jofré, más conocido como el Padre Jofré en 1409 y llamado "*Hospital de Ignoscents, Folls e Orats*", lo que se traduciría como hospital de *retrasados mentales*, *psicóticos* y *dementes*[1] (Barrios-Flores, 2002; Traver, 2006). El hospital de Valencia fue el primero en quitar las cadenas a los *locos* y en instituir un tratamiento moral, aunque en ocasiones se ha querido desacreditar diciendo que al fin y al cabo lo que el Padre Jofré pretendía era acabar con un problema social dado el elevado número de pobres, vagabundos y *locos* deambulando por la ciudad (López-Ibor, 2008). En épocas anteriores también hubo establecimientos de

[2] Según se encuentra registrado, la última ejecución por brujería ocurrió en 1782, aunque las ideas básicas de la época sobre la locura se extienden a nivel popular hasta bien entrado el siglo XIX (Vallejo, 2015).

acogida para *enfermos mentales*, como la casa para *enfermos mentales* de Bagdad del año 800, el Maristán de Granada de 1367 (Fernández-Vázquez y Mañá-Ares, 2016) o el "*cajón de locos*" de Hamburgo de 1376, pero estos no contaban con un tratamiento específico para las personas con problemas de salud mental (Nogales, 2004; López-Ibor, 2008). Al hospital de Valencia le siguió la fundación en España de varios centros similares a lo largo de los siglos XV y XVI. A destacar, el Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza en 1425[3]; y, el Hospital Real de Granada fundado en 1511 pero con acogimiento a *enfermeros mentales* desde 1527 (Nogales, 2004; López-Ibor, 2008; Vallejo, 2015). Por tanto, España fue el país pionero en la asistencia de estas personas, probablemente por la influencia recibida de la cultura árabe de la Edad Media, basada en el cuidado de calidad al *paciente psiquiátrico*[1] y la cual supuso grandes contribuciones a la atención de las personas con problemas de salud mental en la península (Fernández-Vázquez y Mañá-Ares, 2016).

En el siglo XVII el interés social era aislar y encerrar a los miembros considerados indeseables de la sociedad, entre ellos los *enfermos mentales,* como un proceso de control social, lo que Foucault señaló siglos después como el origen de lo que acabó siendo la asistencia psiquiátrica (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). Las salas de *enfermos mentales* estaban separadas por sexos y totalmente aisladas del resto de pacientes. Los más "violentos" o "furiosos" seguían siendo restringidos en celdas individuales con barrotes de hierro y cerradas con un candado (Nogales, 2004).

Hasta mediados del siglo XVII, era costumbre que los sacerdotes o los abogados evaluaran a los *enfermos mentales* y determinaran la responsabilidad que les correspondía por su comportamiento. Fue el médico Paolo Zacchia (1584-1659) quien aconsejó que la evaluación, cuidado y tratamiento de los *enfermos mentales* recayera en un médico (Marietán, 2004).

Es en el siglo XVIII y gracias a la filosofía de la Ilustración es cuando se constituye la psiquiatría como una ciencia autónoma, comenzando a regular el tratamiento legal de la locura y por tanto el uso de las medidas coercitivas en la práctica clínica (Ackerknecht, 1955; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). En 1796, William Tuke y su hijo Henry fundaron en Inglaterra el primer establecimiento psiquiátrico moderno centrado en utilizar

[3] El Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza tuvo gran influencia en el movimiento reformista psiquiátrico de Europa a finales del siglo XVIII y principios del XIX, principalmente en Francia e Inglaterra (Nogales, 2004; López-Ibor, 2008; Vallejo, 2015).

métodos humanitarios para el tratamiento de *los que habían perdido la razón*[1] dando comienzo a una política de no restricción o *no restraint* (López-Ibor, 2008).

Pasada la Edad Moderna y con la Revolución Francesa, surge en Francia el movimiento alienista a favor de las personas con problemas de salud mental. Se llamaba alienistas a los médicos encargados del estudio y la curación de las enfermedades mentales, y, *alienado*[1], a quien padecía un trastorno mental (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967). Una figura destacada en la psiquiatría de esta época y médico alienista fue Philippe Pinel (1745-1826), quien combatió las prácticas abusivas con su intento de liberar a los *enfermos mentales* de sus cadenas (1794) en los hospitales franceses *Bicêtre* y *Salpétrière*. Convirtió estos sanatorios en centros dignos, reafirmando el concepto médico de la enfermedad mental y luchando por la posible rehabilitación de las personas ingresadas (Ackerknecht, 1955; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). Además, Philippe Pinel también fue reseñable por su contribución a la psiquiatría científica, y es por esta doble faceta, la de revolucionario asistencial y científico, por la que se convirtió en el fundador de la psiquiatría (Vallejo, 2015).

Más adelante, a lo largo del siglo XIX y ya en la Edad Contemporánea, las instituciones para tratar a personas con problemas de salud mental estaban basadas en la caridad, como los hospicios para *locos* y *desamparados*[1], y esto podría hacer pensar que las personas con enfermedad mental recibían un trato más humanitario (Ackerknecht, 1955). Nada más lejos de la realidad, en esta etapa también se probaron diferentes experimentos para la cura de la locura, como la hidroterapia (baños de agua fría) o la silla giratoria de Darwin en casos de crisis de excitación (Marietán, 2004), donde se colocaba a la persona en una silla dentro de una jaula conectada a una polea a la que se le daba vueltas durante horas o días para "sacudir la locura" (Redacción BBC, 2019). También se inventó la camisa de fuerza, una prenda diseñada para inmovilizar a la persona (contención física) que impedía la movilidad completa de las extremidades superiores (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017).

Los términos alienista y *alienado* se mantuvieron hasta principios del siglo XX cuando los alienistas pasaron a denominarse psiquiatras (Villasante, 2015). En cuanto a la enfermería, ocurrió algo similar, a lo largo de toda la historia de la psiquiatría ha habido personas que han desempeñado tareas propias de la profesión, pero hasta el siglo XX tampoco se reguló, no se consideró una profesión ni se reconoció la figura del enfermero o enfermera psiquiátrica (Nogales, 2004; Villasante, 2015).

En el siglo XX se expandieron los grandes manicomios y se generalizaron terapias biológicas como la malarioterapia (inoculación de sangre de personas infectadas con *Plasmodium* para producir fiebres curativas), la lobotomía (perforación de la parte frontal del cráneo con un instrumento afilado para acceder al lóbulo frontal y cortar su conexión con el resto del cerebro) y terapias que buscaban la convulsión como el choque insulínico (inducción al coma hipoglucémico) y la terapia electroconvulsiva (TEC) (Palma, 2016; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). Fueron prácticas consideradas exitosas para la época, pero poco a poco fueron desapareciendo y prohibiéndose con el desarrollo de la psiquiatría biológica y de los psicofármacos, y que a día de hoy nos parecen barbaries (Eby y Brown, 2010); a excepción de la TEC, que se sigue utilizando con una técnica y con indicaciones muy precisas según las guías clínicas (Kaliora et al., 2018; Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, 2018). En este siglo es digno de mención Emil Kraepelin (1856-1926), quien dotó a la psiquiatría de una clasificación que, con matices, se ha ido mantenido hasta nuestros días. Distinguió entre enfermedades mentales episódicas y de buen pronóstico, como la enfermedad maníaco-depresiva, y las enfermedades mentales crónicas y deteriorantes, como la denominada demencia precoz, conocida actualmente como esquizofrenia (Vallejo, 2015).

Un punto de inflexión en la atención a personas con problemas de salud mental surgió en los años 60, cuando comenzaron los movimientos de detracción de la psiquiatría clásica y la lucha contra la situación de los *enfermos mentales* tras las reflexiones comunes de sociólogos, filósofos, políticos y psiquiatras (Galván, 2009). Estos movimientos transcurrieron paralelamente a la publicación en 1961 de la obra "Historia de la locura en la época clásica" por Michel Foucault (1926-1984), conocido por sus estudios críticos a la psiquiatría (Foucault, 1967). El término antipsiquiatría fue acuñado por David Cooper (1931-1986) en 1967, convirtiéndose en el estandarte de los nuevos planteamientos de esta rama de la medicina que rechazaba las prácticas psiquiátricas convencionales (Galván, 2009) y que impulsó la reforma psiquiátrica, la desinstitucionalización de los *enfermos mentales* y el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria. De esta manera, se comenzó, a finales del siglo XX, a apostar definitivamente por suprimir las prácticas institucionales que vulneran los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y por la recuperación de su dignidad (Fakhoury y Priebe, 2002; Desviat, 2006).

1.2. Coerción: definición y clasificación.

La coerción es omnipresente en los cuidados a las personas con problemas de salud mental, pero su naturaleza, grado y frecuencia varían, ya que puede estar influida por diferentes

factores. Recordemos que no existe una definición única y uniformemente aceptada para el término "coerción" en relación con la práctica clínica en psiquiatría, aunque comúnmente se define como "la acción o práctica de persuadir a alguien para que haga algo mediante el uso de la fuerza o amenazas" (*English Oxford Dictionaries*, citado en Allison y Flemming, 2019). Existe tres tipos principales de coerción: la coerción formal, informal o percibida.

La **coerción formal** (*formal coercion*) está formalmente regulada y documentada y abarca cuatro prácticas durante la hospitalización psiquiátrica: los ingresos de carácter involuntario, la reclusión o aislamiento, la restricción de movimientos (contención física o mecánica) y la administración de medicación forzosa (Cowman et al., 2017; Pettit et al., 2017; Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; McSherry, 2017; Vieta et al., 2017; Aguilera-Serrano et al., 2018). A continuación, se describen estas medidas coercitivas formales:

- Ingreso de carácter involuntario (*involuntary admission*): consiste en internar a una persona en un centro psiquiátrico o unidad de salud mental sin su consentimiento. Se considera una medida terapéutica excepcional que depende del criterio médico y que requiere siempre de una autorización judicial, ya que compromete un derecho fundamental, la libertad personal. Las indicaciones para realizar un ingreso involuntario son: la prescripción médica por descompensación aguda del trastorno mental de base que requiera de un tratamiento inmediato, la situación psicopatológica que afecte a la capacidad de decisión de la persona, el riesgo de autolesión o daño a terceras personas, la pérdida o grave disminución de la autonomía personal y/o la imposibilidad de tratamiento ambulatorio (Vega et al., 2010; Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; Hotzy et al., 2018a; Ibáñez y Casado, 2018; Confederación Salud Mental España, 2023). El ingreso involuntario está regulado a nivel nacional por el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil y puede ser urgente o programado. En el ingreso involuntario urgente, la persona responsable del centro o facultativa que adopta la medida debe comunicarlo al juez en el plazo máximo de 24 horas. Posteriormente, el equipo judicial, una vez que tenga conocimiento de la noticia y, en el plazo máximo de 72 horas, ratificará o no esta medida.
- Reclusión (*seclusion*) o aislamiento (*isolation*): se define como aislar a un individuo de los demás en un espacio definido (por ejemplo, una habitación) o contenerlo en un área específica cerrando las puertas de acceso o diciéndole que no se le permite moverse de ese espacio. Cuando se aplica el aislamiento, se debe usar una habitación especialmente equipada con paredes protectoras y puertas que garanticen la

reducción de estímulos y la seguridad de la persona bajo observación continuada (McSherry, 2017; Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; Hotzy et al., 2018a). En España apenas existen habitaciones para reclusión propiamente dichas. Esta medida está incluida como intervención en la Clasificación Internacional de Intervenciones Enfermeras (NIC) con el código 6630 Aislamiento y se define como "Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de enfermería por motivos de seguridad o para el control de determinadas conductas" (Butcher et al., 2018). Durante todo el manuscrito se hará mención al término "aislamiento", más comúnmente utilizado en nuestro contexto.

- Restricción (*restriction*) o contención física (*physical restraint*) y mecánica (*mechanical restraint*): la contención física consiste en una limitación manual del movimiento de una persona (cuerpo entero o ciertas partes del cuerpo) a menudo usando la fuerza; la contención mecánica implica restringir la capacidad de una persona de mover libremente todo su cuerpo o una parte de él a través de dispositivos mecánicos (que pueden ser cinturones, muñequeras, tobilleras, musleras y tirantes) que suelen ser fijados a una cama. Durante la contención mecánica, la persona usuaria debe estar bajo observación constante y, en cuanto sea posible, se ha de retirar (McSherry, 2017; Vieta et al., 2017; Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; Hotzy et al., 2018a). Esta práctica está también incluida como intervención en la NIC con el código 6580 Sujeción física y se define como "Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente" (Butcher et al., 2018). Durante todo el manuscrito se hará mención al término "contención física o mecánica", más comúnmente utilizado en nuestro contexto.
- Contención farmacológica/medicación forzosa (*forced medication*)/restricción química (*chemical restraint*): esta medida coercitiva implica el uso de un fármaco sedante o psicotrópico como las benzodiacepinas, antipsicóticos o anestésicos contra la voluntad de la persona, generalmente por inyección. También se utiliza para restringir la libertad de movimiento de una persona y/o controlar su comportamiento (Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; Hotzy et al., 2018a). Se trata de otra medida restrictiva incluida como intervención la NIC con el código 6430 Contención farmacológica y definida como "Administración, motorización e interrupción de sustancias psicotrópicas utilizadas para controlar la conducta extrema de un individuo" (Butcher et al., 2018). También se puede hablar de tratamiento forzoso (*compulsory treatment*) o tratamiento involuntario (*involuntary treatment*) de manera más

generalizada cuando se proporciona atención médica a una persona sin su consentimiento o contra su voluntad incluyendo o no medicación forzosa. A nivel internacional suelen emplearse todos estos términos de manera indiferenciada, por lo que en este manuscrito se empleará el término de "medicación forzosa" para hacer referencia a la administración de fármacos sedantes o psicotrópicos ante una crisis y en forma de inyección, y "tratamiento forzoso" o "tratamiento involuntario" para señalar cualquier tipo de tratamiento no consentido dentro de la hospitalización psiquiátrica.

La contención física o mecánica y el aislamiento a menudo se usan juntos; por ejemplo, en muchos casos las personas que son restringidas físicamente, después suelen estar aisladas en la habitación. Además, la contención física y mecánica a menudo también se usan junto con la medicación forzosa (OMS, 2017).

Sin embargo, no todas las medidas forzosas se aplican en el ámbito hospitalario. A nivel ambulatorio hay formas de administración de medicamentos que también pueden ser coercitivas, aunque la mayoría de las personas tratadas por problemas de salud mental en todo el mundo no suelen considerar la prescripción de medicación como coercitiva e incluso agradecen sus efectos (Molodynski et al., 2017). En este punto se pueden incluir algunas Órdenes de Tratamiento Comunitario (OTC) (*Community Treatment Orders*, CTO) como el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) o también llamado Tratamiento Ambulatorio Forzoso (TAF), el cual se lleva a cabo en España bajo sentencia judicial pese a que sigue sin existir una legislación explícita que lo regule. Ambos planes de tratamiento exigen principalmente que las personas acudan a las citas clínicas y tomen la medicación prescrita y, si es necesario, sean llevadas a administrarse el tratamiento bajo coacción (Corring et al., 2017; Steiro et al., 2018; Nakhost et al., 2019).

Aunque las medidas formales son las que más evidentemente están relacionadas con la coerción, debemos ser conscientes de la existencia de otro tipo de prácticas coercitivas menos evidentes, pero no por ello menos importantes, la llamada coerción informal (Hotzy y Jaeger, 2016; García-Cabeza et al., 2017; Aguilera-Serrano et al., 2018).

La **coerción informal** (*informal coercion*), no regulada y escasamente documentada, comprende una gama de prácticas más sutiles que se basan en la comunicación dentro de la relación terapéutica conocida como presiones negativas (Hotzy y Jaeger, 2016; García-Cabeza et al., 2017; Aguilera-Serrano et al., 2018; Elmer et al., 2018; Hempeler et al., 2023).

Estas presiones negativas hacen referencia a la presión psicológica manifestada a través de estrategias comunicativas utilizadas por profesionales y cuidadores informales para influir en la toma de decisiones de las personas usuarias y mejorar su adherencia al tratamiento recomendado o a las reglas y normas sociales. Este fenómeno también se conoce como **coerción encubierta** (*covert coercion*) o **presión de tratamiento** (*treatment pressure*) (Valenti y Giacco, 2022; Potthoff, 2022). La investigación sobre este tipo de trato suele hacer referencia a la jerarquía de presiones de tratamiento de Szmukler y Appelbaum (2008), compuesta por cuatro prácticas: persuasión, influencia interpersonal, incentivos y amenazas.

- La persuasión (*persuasion*) implica influir o convencer a la persona en la toma de decisiones mediante una argumentación racional.
- La influencia interpersonal (*interpersonal leverage*) utiliza la dependencia emocional de la persona usuaria con la familia, los cuidadores o el equipo de profesionales de la salud mental.
- El incentivo (*inducement*) significa ofrecer alicientes tales como vivienda, dinero o trabajo si la persona acepta la propuesta.
- La amenaza (*threat*) significa negar algún beneficio o proponer una condición o acción negativa si la persona rechaza la propuesta.

Pelto-Piri y colaboradores (2019) también indagaron sobre este fenómeno y señalaron que la persuasión puede llegar a ser entendida como una negociación y que la influencia interpersonal y los incentivos, en algunas situaciones, pueden convertirse en chantaje.

La coerción informal está muy extendida y adopta diferentes formas. Por ejemplo, las normas y reglas rígidas (Verbekea et al., 2019) o a la retirada de pertenencias personales (Staniszewska et al., 2019). Por ello, Norvoll y Pedersen (2016) concluyeron que la coerción es un fenómeno de gran alcance y que la coerción formal es solo la punta del iceberg.

También se distingue en algunas clasificaciones una tercera forma de coerción, la llamada **coerción percibida** (*perceived coercion*), la cual puede solaparse tanto con la coerción formal como con la informal, y se define como la sensación o percepción de estar siendo coaccionado, tanto si se ha aplicado una medida coercitiva como si no (Hem et al., 2018; Elmer et al. 2018). La atención asertiva se ha asociado en la literatura con sentimientos de coerción percibida, ya que a menudo implican proporcionar atención sanitaria a personas que no la buscan o incluso la evitan activamente (Claassen y Priebe, 2006; Liégelois et al., 2021; Liégelois, 2023). Los niveles de coerción percibida están relacionados con el estado

legal al ingreso (voluntario e involuntario), con la presión negativa percibida en el momento del ingreso, con las características sociodemográficas y clínicas de las personas usuarias (edad, sexo e ingresos previos), con la sensación de no estar involucradas en la toma de decisiones y con el sentimiento de ser tratadas sin respeto ni consideración (Sampogna et al, 2019).

1.3. Experiencias y vivencias de coerción e instrumentos de evaluación.

El elemento central de la coerción es la experiencia de **pérdida de libertad**, y, ante esta experiencia, las personas usuarias pueden sentirse expuestas y vulnerables, lo que puede dificultar que comuniquen sus propias necesidades y deseos al personal de salud mental (Hem et al., 2018). La aplicación de medidas coercitivas puede infligir dolor y sufrimiento grave durante su aplicación, pero también puede provocar secuelas físicas y psicológicas más duraderas como lesiones físicas en el caso de la contención mecánica o graves conmociones emocionales (OMS y ONU, 2023).

En la mayoría de los casos, y principalmente al sufrir medidas de coerción formal, las personas usuarias describen sus vivencias como negativas o traumáticas y generadoras de un intenso malestar (Sashidharan et al., 2019). Es posible, incluso que, aunque la aplicación de estas medidas finalice, la persona continúe sintiéndose tratada injustamente, de manera irrespetuosa y/o humillante, y que perciba una menor satisfacción general con el trato y los cuidados recibidos durante el ingreso (Berge et al., 2018). De la misma manera, la experiencia vivida de coerción también tiene un impacto perjudicial a largo plazo, por lo que cuando una persona ingresa de nuevo, ya sea involuntaria o voluntariamente, hay que prestar especial atención a sus antecedentes de coerción ya que serán un factor decisivo no solo para su satisfacción, sino también para su nivel de coerción percibida futura (Hirsch et al., 2021; Martínez et al., 2022).

Las personas ingresadas involuntariamente muestran niveles más altos de coerción en comparación con las ingresadas voluntariamente ya que reconocen que la decisión de ingresar en las unidades de psiquiatría fue tomada por otras personas. Por otra parte, cuando las personas usuarias son tratadas con respeto y se sienten incluidas en el proceso de toma de decisiones, informan de una menor percepción de coerción (Berge et al., 2018).

La evidencia ha vinculado el uso del aislamiento y la contención mecánica a muchos impactos y resultados adversos en las personas que lo sufren, ya que estas medidas repercuten en la salud física, la recuperación y el bienestar psicológico y emocional de la persona (Sashidharan

et al., 2019). Se reconocen impactos en la salud física como contusiones, deshidratación, atrofia muscular, problemas circulatorios y de la piel (la presión sobre la piel mediante restricciones e inmovilización puede interferir con la circulación y provocar úlceras por presión y lesiones nerviosas), incontinencia, autolesiones, y en el peor de los casos, la muerte por asfixia (riesgo de atragantamiento por vómitos, comida, líquido o saliva o presión excesiva en el tórax por los cinturones de sujeción). En cuanto al impacto en la recuperación, esta también se ve comprometida por medidas como el aislamiento y la contención mecánica, además de dañar la relación terapéutica y hacer que las personas experimenten una calidad de vida más baja. También se produce un efecto negativo en el bienestar psicológico y emocional; la experiencia de aislamiento o contención mecánica da como resultado emociones muy negativas y profundos impactos psicológicos y traumáticos en las personas (Lan et al., 2017; OMS, 2017; Kersting et al. 2019; OMS, 2019), llegándose a reportar incluso una alta incidencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), especialmente en individuos con eventos traumáticos pasados (Chieze et al., 2019).

Con respecto a la medicación forzosa, una revisión cualitativa reciente sobre las vivencias de las personas usuarias y el personal de los servicios de salud mental reveló, por un lado, que una parte de las personas usuarias la consideraban injustificada y la vivían como un acto violento con resultados negativos, y otra parte la consideró necesaria y de elección frente a otras formas de coerción. Por otro lado, el personal la contemplaba como necesaria y apropiada dentro de sus posibilidades y alternativas para el manejo de situaciones complejas (Muir-Cochrane y Oster, 2021).

Los Tribunales de Salud Mental también son señalados como perpetradores de vulneración de derechos. Una experiencia personal narra cómo la propia persona siente que no tiene ningún poder de decisión cada vez que se enfrenta a un tribunal. Su percepción es que tienen todo el control sobre su vida y le hacen sentir dominada, controlada, excluida, desempoderada y sin capacidad de decidir, cuando lo único que reclama es sentirse involucrada en los procesos legales y no ser simplemente el objeto de la acción (Gray, 2023)

Pese a que la mayoría de profesionales consideran las prácticas coercitivas el último recurso, aunque de igual modo necesarias y beneficiosas, el impacto emocional que les genera es relevante (Mellow et al., 2017; Morandi et al., 2021). La mayoría de los estudios sobre las opiniones y percepciones del personal de enfermería ante las prácticas coercitivas muestran un gran malestar asociado a emociones desagradables por la propia situación como miedo, tensión, angustia y emociones derivadas del conflicto generado respecto a su rol profesional

como culpa, arrepentimiento, impotencia o frustración. Por ende, algunos y algunas profesionales también expresan desacuerdo e incomodidad al tener que enfrentarse a actuaciones de sus colegas cuando emplean este tipo de medidas de forma "inapropiada" o "no justificada" (Cocho-Santalla et al., 2018).

En relación con lo anterior, un estudio español sobre experiencias con la contención mecánica en personal sanitario en formación especializada, reveló que en la mayoría de profesionales hay un impacto emocional negativo. Calificaron las contenciones físicas y mecánicas como desagradables, duras e incómodas. Asimismo, añadieron que a veces se sienten presionados a indicar esta medida por miedo a las consecuencias de no llevarla a cabo (miedo a no garantizar la seguridad) o al sentirse empujados por otros compañeros y compañeras (Nocete-Navarro et al., 2021). Por tanto, esta medida coercitiva también marca la experiencia de los y las profesionales y también puede resultarles traumática.

El personal sanitario y las personas usuarias expresan también vivencias frecuentes de coerción informal (Jaeger et al., 2014; Valenti et al., 2015; Hotzy y Jaeger, 2016; Brekke et al., 2023), aunque en ocasiones, los y las profesionales tienden a subestimar la coerción y presentan dificultades para su reconocimiento (Elmer et al., 2018). La evidencia científica sobre este tipo de coerción es muy escasa, pero se ha detectado que, del mismo modo que las medidas coercitivas formales, comporta efectos adversos como abandono de tratamiento y daños en la alianza terapéutica (Theodoridou et al., 2012). Concretamente, los y las profesionales experimentan malestar asociado a la disonancia entre sus actitudes y la práctica real; es decir, generalmente desaprueban el uso de la coerción informal, pero esta desaprobación la pasan por alto durante su práctica clínica por la convicción de que la medida es útil y necesaria o por no ser conscientes de su utilización (Valenti et al., 2015). Además, la coerción informal tiene un gran poder negativo asociado, y es que las personas usuarias tienden a creer que si los y las profesionales aplican coerción informal (por ejemplo, amenazas) también ejercerán medidas coercitivas más duras si fuera necesario (Allison y Flemming, 2019). En contraste, también se han reportado evaluaciones subjetivas positivas sobre la coerción informal cuando se ha aplicado de manera transparente y justa (Hotzy y Jaeger, 2016).

Las personas usuarias responden de tres maneras diferentes ante las medidas coercitivas. Si perciben que las medidas aplicadas coinciden con sus propios intereses y protegen su autonomía e integridad, pueden llegar a aceptarlas y estar de acuerdo con ellas. Si perciben que la coacción no se ejerce salvaguardando sus deseos y derechos, lo viven como una

amenaza y su respuesta puede ser de oposición. Y, finalmente, pueden llegar a resignarse si ven que la resistencia es inútil y se sienten verdaderamente marginadas. No entendamos esa resignación como la aceptación de la situación, sino más bien como una sumisión (Lorem et al., 2015).

En una revisión sistemática llevada a cabo por Aguilera-Serrano y su equipo (2018), se estudiaron los factores que afectan a la experiencia subjetiva de las personas usuarias sometidas a medidas coercitivas. Entre los principales hallazgos, detectaron que las actitudes profesionales y las interacciones profesional-persona usuaria son los factores que más influyen en el impacto emocional durante la implementación de coacción. Con ello, se refleja la importancia del comportamiento y el trato del personal, en especial, durante episodios de hostilidad y/o agitación.

La experiencia personal de una enfermera de salud mental que recibió atención en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos en el contexto español también pone especial atención en el trato y la relación terapéutica recibida. Revela cómo los y las profesionales de la salud mental muchas veces mantenemos estereotipos y prejuicios contra las personas con problemas de salud mental que se ven reflejados en nuestra práctica clínica deshumanizando el cuidado y tratando irrespetuosamente a las personas. Tienden a ser prácticas que desde el rol profesional cuesta identificar pero que desde la visión y vivencia de persona usuaria generan incomprensión y un gran malestar emocional (Martínez-Martínez et al., 2023).

Es necesario tener en cuenta las experiencias y opiniones de ambas partes implicadas para aumentar el conocimiento de este fenómeno y poder desarrollar modelos conjuntos de atención que permitan combatir la coerción, aunque el punto de vista de las personas usuarias siempre tendrá más peso moral, ya que afecta directamente a su autonomía y libertad (Lorem et al., 2015; Morandi et al., 2021).

Pese al interés que genera este tema y la investigación publicada en torno a la coerción en salud mental, son escasos los instrumentos que valoran la experiencia subjetiva de los individuos a los que se les aplica la coerción. Décadas atrás, se había empleado la *MacArthur Admission Experience Survey* para medir el grado de coerción percibida por las personas usuarias, pero se limitaba a valorarla solo en el momento del ingreso de la persona. Bergk, Flammer y Steinert detectaron este vacío de conocimiento y diseñaron y publicaron en 2010 la *Coercion Experience Scale (CES)* o Escala de Experiencia de Coerción. Se trata de un cuestionario que evalúa la experiencia subjetiva de coerción durante la hospitalización

psiquiátrica tras el aislamiento y la contención mecánica, que pasó a considerarse el cuestionario de referencia más actual (Bergk et al., 2010). La CES es un instrumento autoadministrado que comprende 32 ítems y que mide seis factores: humillación, efectos físicos adversos, separación, ambiente negativo, miedo y coerción (Horvath et al., 2018). Evalúa la experiencia y vivencia de la persona tras la aplicación de una serie de medidas coercitivas formales tras su aplicación. También incluye una escala analógica visual (VAS) que permite una percepción global de la coerción experimentada, puntuando entre 1 y 100 (Aguilera-Serrano et al., 2019).

Esta escala original fue adaptada lingüística y conceptualmente al español por Gómez-Durán y su equipo (2016). Aguilera-Serrano y colaboradores (2019) validaron posteriormente una versión corta al español, compuesta por 18 ítems y denominada CES-18 (**Anexo 7**), con una consistencia interna adecuada (Cronbach $\alpha = 0{,}94$) y una estructura bifactorial (Coerción y Humillación y Miedo) que explica el 64,2% de la varianza total. La correlación entre la CES original y la CES-18 fue adecuada ($r = 0{,}96$). Las puntuaciones sugirieron una buena validez divergente y convergente, confirmando así propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la coerción percibida cuando se experimenta aislamiento, medicación forzosa y contención mecánica durante la hospitalización psiquiátrica. Los ítems de esta escala se puntúan de 1 a 5, y la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 18 y 90 puntos. Las puntuaciones superiores a 53 indican un alto nivel de coerción experimentada.

1.4. Regulación de las medidas coercitivas.

Hasta hace tan solo unas décadas, las personas con problemas de salud mental eran internadas en centros psiquiátricos conocidos como *asilos* o *manicomios,* donde recibian cuidados y tratos inhumanos y degradantes y donde eran aislados del resto de la sociedad (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967; Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega, 2017). Esta situación comenzó a cambiar tras la revolución de la antipsiquiatría y formalmente cuando Franco Basaglia, director y psiquiatra del *manicomio de Gorizia* de Italia, inició en 1978 una revolución a favor de las personas con problemas de salud mental. Revolución que, apoyada por la OMS, dió paso a la Ley 180 o Ley Basaglia, primer texto legal que estableció derechos para las personas con trastornos mentales y que fue considerada el inicio de la Reforma Psiquiátrica (Evaristo, 2011).

En España, el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, se inició en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y se materializó con la aprobación el 25 de abril de 1986 de la Ley General de Sanidad (LGS), cuya misión fue desmantelar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico y la construcción de un nuevo modelo asistencial (Desviat, 2011). A partir de ese momento, las personas encerradas en *manicomios* pasaron a ser atendidas en la comunidad. De igual modo, desde entonces, se ha ido construyendo toda una red de atención social y sanitaria con el objetivo de ofrecer una atención más respetuosa, tanto en las prácticas profesionales como en los desarrollos legislativos y organizativos (Manifiesto de Cartagena, 2016).

Sin embargo, a pesar de todo esto, a día de hoy la coerción y las medidas restrictivas siguen siendo el principal problema ético en el cuidado de personas con problemas de salud mental.

1.4.1. Medidas legislativas.

La salud mental es una prioridad creciente para la salud pública y un imperativo de derechos humanos, como demuestra la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de 2006. La CDPD refuerza la protección de los estándares internacionales de derechos humanos en la atención de la salud mental y reconoce que los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son iguales a los de cualquier persona, creando un entorno legal propicio para desarrollar sistemas de salud mental basados en derechos que prioricen el empoderamiento de la persona y la participación activa en su propia recuperación (OMS y ONU, 2023). Desde la entrada en vigor de la CDPD en 2008, muchos países han tratado de reformar sus leyes, políticas y servicios para reducir la prevalencia del uso de medidas coercitivas y fortalecer la autonomía de las personas ingresadas, pero muy pocos han adoptado o enmendado las actuaciones pertinentes y en la escala suficiente para ponerles fin (McSherry, 2013; McSherry, 2017; OMS, 2017; OMS, 2019; Gooding et al., 2020; Sugiura et al., 2020; OMS y ONU, 2023). Algunos ejemplos son el enfoque de "diálogo abierto" para las crisis de psicosis aguda en Finlandia o la iniciativa "*no forced first*" aplicada en Reino Unido (Mental Health Europe, 2022).

Para la regulación de las medidas coercitivas no solo son relevantes las condiciones legislativas y sanitarias, sino también otros aspectos que influyen en su ejecución, como aspectos culturales entre los que se encuentran las creencias, actitudes y valores de la sociedad y las estructuras de los servicios de salud mental (Clausen y Jones, 2014; Hotzy et al., 2018a). Algunos estudios muestran la falta de homogeneidad en el uso de las medidas coercitivas y

las disposiciones legislativas referentes a ellas, difiriendo no solo entre países sino también dentro del mismo país (Hem et al., 2018a; Hotzy et al., 2018a; Wilson et al., 2018; OMS y ONU, 2023). En relación con esto, destaca el primer estudio europeo financiado por la Comisión Europea en el año 2000, denominado EUNOMIA (*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project*), cuyo objetivo fue analizar la práctica clínica y los aspectos legales de las medidas coercitivas en 12 países de la Unión Europea y donde quedaron patentes estas importantes desigualdades (Fiorillo et al., 2011; Kalisova et al, 2014; McLaughlin et al., 2016; Luciano et al., 2018; Sampogna et al, 2019).

Las legislaciones existentes relativas a la atención en salud mental tienen implicaciones importantes para los derechos humanos, ya que a menudo están desactualizadas, exhiben una comprensión limitada de estos derechos y se basan en un modelo biomédico (ONU, 2016). Por ello, a nivel mundial, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) y organizaciones internacionales, como la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) y la ONU, llevan años exigiendo un cambio de paradigma urgente para regular las prácticas coercitivas y así garantizar los derechos de las personas usuarias (McSherry, 2013; CPT, 2017; OMS, 2017; ONU, 2016; OMS, 2019; Gooding et al., 2020; Sugiura et al., 2020).

El Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 de la OMS (OMS, 2021), actualizado en 2021 en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, es otra iniciativa que insta a los países a alinear su legislación relacionada con la salud mental con la CDPD y otros derechos humanos internacionales y regionales.

Pese a todas estas iniciativas, siguen existiendo ciertas incongruencias. Por ejemplo, a pesar de la preocupación por los efectos adversos del aislamiento y la contención mecánica en el ámbito clínico, existen diferentes perspectivas sobre la viabilidad de su supresión (Inchauspe, 2019); mientras Naciones Unidas solicitó su prohibición absoluta en 2017, el CPT publicó normas revisadas sobre el uso de la contención mecánica en instituciones psiquiátricas, considerando que pueden ser imprescindible (McSherry, 2017; CPT, 2017).

Recientemente, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) han elaborado y publicado una guía con nuevas orientaciones sobre salud mental, derechos humanos y legislación que pretende ayudar a los países a reformar su legislación para lograr poner fin de una vez al abuso de los derechos humanos y mejorar el acceso a una atención de salud mental de calidad (OMS y ONU, 2023).

En España tampoco existe una prohibición del uso de medidas de coerción. Prácticamente en todas las comunidades autónomas existe alguna normativa que proclama el derecho de las personas a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o contención física o mecánica o tratamiento forzoso, al tiempo que se señala como excepción la existencia de prescripción facultativa o encontrarse en una situación de peligro inminente para la seguridad física de la persona o de terceras personas (Confederación Salud Mental España, 2023).

Algunas normativas nacionales permiten la vulneración de derechos, como el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil por el que se regula el internamiento no voluntario. Este artículo se enfrenta de manera directa con la CDPD, y en concreto con el derecho a la libertad de las personas con discapacidad (art. 14), con la prohibición de tratos inhumanos y degradantes (art. 15), con la prohibición de prácticas abusivas (art. 16), con la integridad personal (art. 17), con el derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19) y con el consentimiento libre e informado (art. 25). En contraste con esto, el 2 de junio de 2021 se aprobó la Ley 8/2021 por la que se reformó la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, modificando completamente el anterior sistema basado en la incapacitación de la persona (o modificación de la capacidad), promoviendo y garantizando la mayor autonomía posible de la persona con discapacidad.

A nivel asociativo, en nuestro contexto, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) se encuentran comprometidas con la promoción de modelos de atención alternativos a la coerción que defienden una atención ética y respetuosa con las personas con problemas de salud mental. Claros ejemplos de ello son, la publicación en 2018 por parte de la AEN de un cuaderno técnico dedicado exclusivamente a la coerción en salud mental que permitió arrojar luz sobre el estado de la cuestión y sirvió como una guía de actuación (AEN, 2018); y, la publicación de un escrito en 2019 por parte de la AEESME sobre su postura contra el uso de la contención mecánica en los distintos centros y servicios de salud mental, donde se concluía firmemente que es posible cuidar sin "atar" (AEESME, 2019).

Por último, en enero de 2024 se presentó en la Comunidad Valenciana, el Plan Valenciano para la Salud Mental y las Adicciones 2024-2027, que en su Línea Estratégica número 5 se propone avanzar en derechos y calidad de servicios asistenciales, concretamente con su objetivo número 1: "Asegurar el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad de servicios y de respeto a los derechos humanos".

1.4.2. Programas e intervenciones prácticas para reducir la coerción.

En las unidades de hospitalización psiquiátrica siguen empleándose medidas coercitivas, como la contención mecánica y la medicación forzosa, principalmente para la resolución de eventos conflictivos; sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que intervenciones eficaces, así como entrenamiento y habilidades adecuadas por parte del personal, ayudan a resolver estas situaciones sin necesidad de llevar a cabo la coacción (Scanlan, 2010; De Jong et al., 2016; Gaskin et al., 2007; OMS, 2017; Tingleff et al., 2017; Vieta et al., 2017; Dahm et al., 2017; Ye et al., 2018; Gooding et al., 2018).

Los enfoques o alternativas más extendidas y reconocidas para reducir la aplicación de medidas coercitivas en las unidades de hospitalización psiquiátrica ante situaciones de difícil manejo son las Seis Estrategias Básicas o *Six Core Strategies* de Huckshorn, el modelo *Safewards*, la habitación de la calma o *comfort room*, la técnica de desescalada verbal, la política de puertas abiertas y las Voluntades Anticipadas en Salud Mental (VVAA-SM).

1.4.2.1. Seis Estrategias Básicas o "Six Core Strategies".

Las Seis Estrategias Básicas de Huckshorn son un conjunto de planteamientos basados en la evidencia y centrados en los principios de prevención primaria, diseñados para prevenir los conflictos y la violencia y el uso de medidas coercitivas como el aislamiento y la contención mecánica (Perers et al., 2022). Fueron desarrolladas en Estados Unidos en 2005 por la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental [*National Association of State Mental Health Program Directors* (NASMHPD)] para la población infanto-juvenil, pero poco a poco han demostrado eliminar o minimizar significativamente prácticas restrictivas como el aislamiento y la contención mecánica en diferentes entornos de salud mental y población adulta, tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional (NASMHPD, 2008, Riahi et al., 2016; Azeem et al., 2017; Gaynes et al., 2017; McSherry, 2017; Gooding et al., 2018; Stirling et al., 2017). Fueron creadas tras extensas revisiones de la literatura y diálogos con expertos y se presentan en una plantilla o lista de verificación como una herramienta de planificación o de seguimiento para guiar el trabajo de los y las profesionales en su plan de reducción del aislamiento y la contención mecánica (NASMHPD, 2008). A continuación, las Seis Estrategias Básicas se resumen brevemente:

1. Liderazgo hacia el cambio organizacional: llevar a cabo un liderazgo alineado y comprometido con el apoyo, la aplicación y la dotación de recursos a las iniciativas de reducción del aislamiento y contención mecánica.
2. Empleo de datos para informar sobre la práctica: usar la información de una manera empírica para examinar y monitorizar los patrones de aislamiento y contención mecánica de la unidad en cuestión e implantar acciones de mejora de la calidad. Por ejemplo, recopilar datos sobre el día que se lleva a cabo la medida coercitiva, el turno, los miembros del personal involucrados, las características de la persona usuaria o el uso de otras medidas coercitivas simultáneas. Esto permite llevar a cabo actividades de mejora y con ello optimizar los resultados y experiencias tanto para las personas usuarias y/o familiares como para los y las profesionales.
3. Desarrollo profesional: crear un entorno de tratamiento cuyas políticas, procedimientos y prácticas se basen en el conocimiento y los principios de recuperación. Esta estrategia se implementa mediante la capacitación continua del personal en habilidades, conocimientos, valores y actitudes adecuadas para responder eficazmente a las necesidades de las personas ingresadas, sirviendo también como intervención de prevención primaria de la coerción y el conflicto.
4. Uso de herramientas de reducción del aislamiento y la contención mecánica: utilizar una variedad de herramientas y evaluaciones que se integren en las políticas y procedimientos de las instalaciones y en el plan de recuperación de cada persona de manera individualizada. Por ejemplo, herramientas de evaluación para identificar el riesgo de violencia y antecedentes de aislamiento y contención mecánica, herramientas para identificar personas con factores de alto riesgo de muerte y lesiones; planes de seguridad; uso de un lenguaje no discriminatorio y centrado en la persona; desarrollo de VVAA-SM o cambios ambientales, incluyendo salas de confort y sensoriales, entre otros.
5. Participación de las personas usuarias: garantizar la participación plena y formal de las personas con experiencia vivida en salud mental con diferentes roles para reducir o eliminar el uso del aislamiento y la contención mecánica. Algunos ejemplos son su participación en comités clave de toma de decisiones o el diseño y la impartición de formación a profesionales.
6. Mejora continua o técnicas de análisis e información (*debriefing*): cada vez que se produzca un episodio de aislamiento o contención mecánica, realizar un análisis de por qué se produjo con las personas afectadas, los miembros del personal y en algunos casos con la

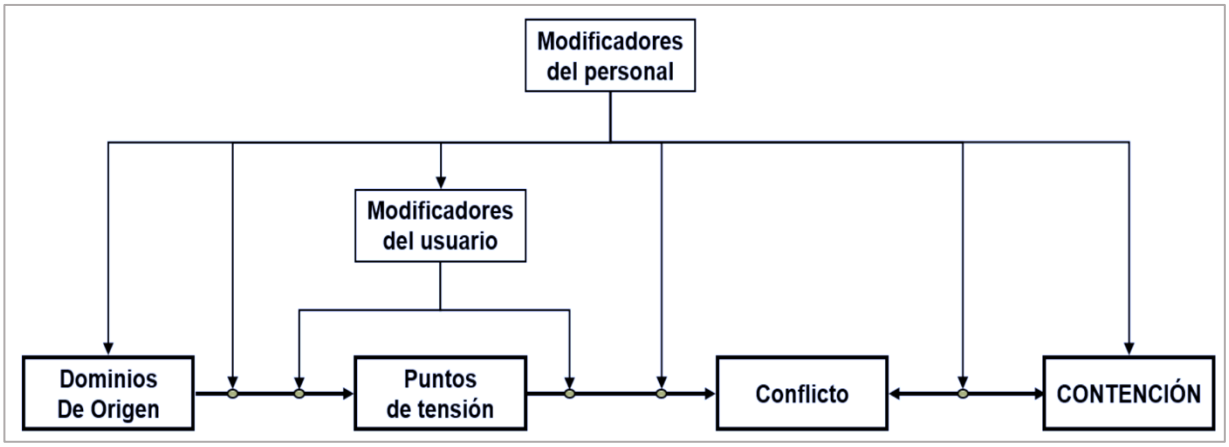
familia, puede ayudar a reducir el impacto traumático y proporcionar información importante para establecer un resultado diferente en el futuro.

1.4.2.2. Modelo Safewards.

El modelo *Safewards* es un novedoso y poderoso modelo de cuidados en salud mental. Representa una nueva forma de entender e interpretar las situaciones y episodios adversos que ocurren en las unidades de salud mental, principalmente en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos para personas adultas. También puede ser aplicable a salas de rehabilitación o incluso para población infanto-juvenil o personas mayores, con algunas modificaciones. Sienta las bases para poder abordar las situaciones de conflicto de una forma más humana, empática y respetuosa con las personas usuarias, manteniendo unos estándares de seguridad y minimizando las medidas coercitivas, en especial, las contenciones mecánicas (Bowers, 2014; Bowers et al., 2014; Bowers, 2015; Bowers et al., 2015; Mustafa, 2015; Bowers, 2016; Fletcher et al., 2017; Stensgaard et al., 2018; Wilson et al., 2018).

Este modelo se desarrolló tras analizar una gran cantidad de trabajos de investigación y recopilar numerosos datos primarios por los propios autores (Bowers et al., 2014; Bowers et al., 2015; Wilson et al., 2018; *Safewards*, s.f) y muestra que hay un conjunto de factores que pueden dar lugar a puntos de tensión específicos, los cuales podrían desencadenar un evento conflictivo. Del mismo modo, el modelo sugiere que la contención está en una relación recíproca y dinámica con el conflicto, y que a veces el uso de la contención puede dar lugar a un conflicto en lugar de prevenirlo con éxito (**Figura 1**) (*Safewards*, s.f).

Figura 1. *Componentes del modelo Safewards (Safewards, s.f).*



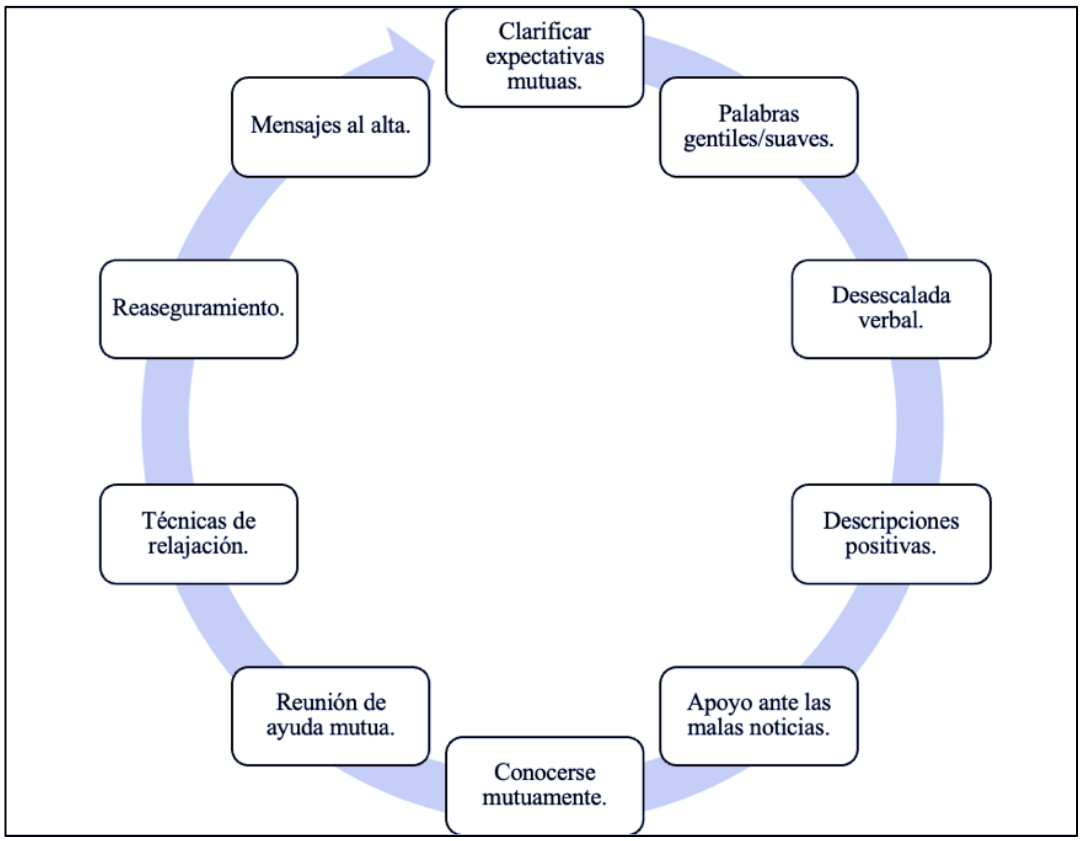
Para profundizar en la comprensión de este modelo es importante conocer cada uno de estos factores o componentes (Bowers, 2015; Fletcher et al., 2017; *Safewards*, s.f):

- Los dominios de origen u originadores del conflicto son aspectos del funcionamiento de la unidad que pueden generar puntos de tensión, pero que no podemos eliminar porque son parte integral del funcionamiento de una unidad. Son seis: a) el equipo de personal o dominio de estructura interna, por ejemplo las rutinas y normas de la unidad, limpieza y orden o las formas de trabajar del personal; b) dominio del entorno físico o características físicas de la unidad, por ejemplo, mantener la puerta cerrada; c) dominio del exterior del hospital, es decir, el contacto y/o relación con familiares y/o amigos, consumo de tóxicos y entorno social entre otros; d) dominio de la comunidad de las personas usuarias, que hace referencia a la relación y convivencia entre las personas ingresadas; e) dominio de las características de la persona usuaria con mayores probabilidades de causar conflictos como la edad, el género, los síntomas o el diagnóstico, y f) el dominio del marco regulador, como por ejemplo, el marco legal de salud mental, las políticas nacionales o la propia política del hospital.
- Los puntos de tensión o *flashpoints* son momentos o situaciones que pueden indicar una conducta conflictiva inminente, por ejemplo, cuando el personal debe poner límites al comportamiento de la persona usuaria o cuando la persona usuaria está en una situación de divorcio, duelo, enfermedad o pérdida.
- El conflicto se refiere a ciertos comportamientos de la persona usuaria que pueden originar algún daño: violencia, suicidio y actos de autolesión, uso de alcohol o drogas, o fuga (definida como el abandono de la unidad sin permiso/autorización y debida a fallos en la supervisión/cuidado), entre otros. También incluye el incumplimiento de las reglas básicas, como negarse a ser atendido por sus terapeutas o fumar en áreas no permitidas, lo cual podría generar conflictos con el personal u otras personas usuarias.
- La contención dentro del modelo *Safewards* hace referencia a los métodos que usa el personal para controlar las dificultades en la unidad, es decir, para prevenir los eventos conflictivos o para minimizar los resultados negativos/perjudiciales como la medicación forzada, vigilancia intensiva u observación de las personas usuarias, aislamiento o restricción de movimiento dentro de la unidad, entre otras.
- Los modificadores del personal son las características de los y las profesionales y formas de actuar y tratar a las personas ingresadas con la capacidad de influir sobre la frecuencia del conflicto y/o contención.
- Los modificadores de la persona usuaria son las formas en que las personas atendidas responden y se comportan entre ellos, con la capacidad también de influir en la frecuencia

del conflicto y/o contención, y que son susceptibles de ser influidos por los y las profesionales.

El modelo cuenta con 10 intervenciones específicas para los y las profesionales de enfermería que buscan mejorar la seguridad y reducir el uso de prácticas restrictivas (**Figura 2**), las cuales se desarrollan ampliamente con guías y materiales complementarios en su página web oficial (*Safewards*, s.f).

Figura 2. *Intervenciones de enfermería del modelo Safewards (Elaboración propia basada en Safewards, s.f).*



En resumen, el personal de las unidades puede influir en las tasas de conflicto y contención en todos los niveles: reduciendo o erradicando los factores que originan el conflicto, evitando que surjan puntos de tensión (al romper el enlace entre el punto de tensión y el conflicto), eligiendo conscientemente no utilizar la contención en ocasiones en que sería contraproducente y al garantizar que el uso de la contención no genere más conflictos cuando se utiliza (*Safewards*, s.f).

Una de las revisiones disponibles sobre este modelo, elaborada por Mullen y colaboradores (2022), concluye que, pese a que es un modelo que ha demostrado evidencia en la reducción

de prácticas restrictivas y en la reducción de eventos conflictivos, las percepciones del personal en torno a su aceptabilidad son muy opuestas y, en cuanto a las personas usuarias, no hay evidencia que recoja cuáles son sus percepciones y experiencias.

Safewards se alinea con la práctica contemporánea de la enfermería de salud mental ayudando a cumplir con una orientación de la práctica hacia la recuperación y centrada en la persona, pero se necesita más trabajo para involucrar al personal y garantizar que se considere aceptable y significativo. Actualmente, es un modelo extendido por todo el mundo, y en España se está aplicando en el servicio de hospitalización de agudos de psiquiatría del *Hospital Germans Trias i Pujol* de Badalona (Roy, s.f.), desde donde han creado una formación online para los y las profesionales con el objetivo de ampliar su implantación en otras unidades psiquiátricas[4].

1.4.2.3. Habitación de la calma o "comfort room".

Las habitaciones sensoriales, también denominadas habitaciones multisensoriales o habitaciones de confort (Wiglesworth y Farnworth, 2016; Björkdahl et al., 2016), ofrecen, a través de la estimulación sensorial, una herramienta de abordaje para los y las profesionales de las unidades de hospitalización psiquiátrica ante situaciones de hostilidad, agitación o pre-agitación psicomotriz, y/o episodios de ansiedad, considerándose una alternativa a las medidas coercitivas. Los principales objetivos de estas salas son proporcionar un ambiente terapéutico seguro, donde las personas usuarias pueden aprender a manejar sus síntomas adquiriendo habilidades de autocontrol y autogestión en su regulación emocional (Knight et al., 2010; Wiglesworth y Farnworth, 2016; Björkdahl et al., 2016; Forsyth y Trevarrow, 2018; Hedlund-Lindberg et al., 2019).

Por un lado, varios estudios han reportados los efectos positivos de la utilización de estas salas, como por ejemplo la reducción de la angustia o reducción del estrés (Cummings et al., 2010; Björkdahl et al., 2016; Wiglesworth y Farnworth, 2016) y la disminución de la medicación requerida, así como menores tasas de aislamiento y contención mecánica (Cummings et al., 2010), lo cual ha ayudado a mejorar el ambiente en la unidad y ha creado un espacio más seguro para todos (Sutton y Nicholson, 2011; Andersen et al., 2017). Por el otro, también se han notificado algunas consecuencias negativas, escasas pero relevantes. En algunas ocasiones, algunas personas usuarias han experimentado una agudización de las

[4] Información extraída de notas de prensa nacional, ya que no se objetiva en las memorias de actividades de los hospitales citados.

alucinaciones auditivas y otro pequeño porcentaje ha tenido ataques de pánico y experiencias claustrofóbicas (Björkdahl et al., 2016). Esto nos lleva a la conclusión de que no todas las personas disfrutan o se benefician de la terapia multisensorial y también que la respuesta de un individuo puede variar en diferentes ocasiones. Para algunos individuos, el entorno estimulante puede aumentar el nivel de agitación existente; para otros, o para el mismo individuo en una ocasión diferente, puede tener un efecto calmante. Por ello, se considera fundamental hacer una buena valoración inicial, establecer un plan de crisis individualizado que refleje las estrategias sensoriales y relajantes adecuadas para la persona y capacitar al personal que haga uso de las salas para manejar adecuadamente el material y saber actuar en caso de un efecto negativo (Baillon et al., 2002; Andersen et al., 2017; Hedlund-Lindberg et al., 2019).

Las habitaciones ofrecen elementos de estimulación táctil, visual, auditiva y olfativa (Hedlund-Lindberg et al., 2019). Comúnmente, la habitación está pintada de blanco o un tono pastel, lo cual optimiza los efectos de la luz proyectada (Baillon et al., 2002). Suelen estar equipadas con una silla reclinable, una alfombra y mantas suaves, una pared de fotos del bosque o un proyector con imágenes elegidas por las personas usuarias, una luz de techo con luz de día regulable, música terapéutica y relajante (por ejemplo, sonidos de la naturaleza), aceites aromáticos (lavanda, limón, rosa y pino), libros y revistas, y una variedad de objetos que ofrecen sensaciones táctiles y/o visuales particulares para la persona (Baillon et al., 2002; Cummings et al., 2010; Knight et al., 2010; Björkdahl et al., 2016; Andersen et al., 2017)

Brindar oportunidades a las personas que experimentan síntomas agudos para regular sus propias respuestas emocionales y conductuales a través del aporte sensorial es visto como una estrategia prometedora en la atención de salud mental aguda. Aunque su uso es novedoso y se necesita más investigación sobre su eficacia, la escasa literatura expone que la *comfort room* es una herramienta eficaz para empoderar a la gran mayoría de las personas usuarias a manejar con éxito la ansiedad y la angustia (Aragonés-Calleja, 2021).

Prácticamente toda la investigación publicada hasta la fecha es ajena a nuestro contexto, dejando un vacío científico en España, donde la primera *comfort room* o sala de confort se creó en el año 2018 en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos del Hospital Santa Lucía en Cartagena (Europa Press Murcia, 7 diciembre 2019). A esta se le han unido varias unidades de salud mental de España como la Unidad de Rehabilitación Funcional del Hospital Psiquiátrico de Álava (Equipo ED Redacción, 1 de octubre de 2021), el Centro de Salud Mental y Adicciones de Gràcia en Barcelona (Hermanas Hospitalarias, 4 de noviembre

de 2021), la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil del Hospital La Fe en Valencia o el Hospital Perpetuo Socorro de Albacete (Redacción Diario Sanitario, 27 de enero de 2024)[4].

1.4.2.4. Técnica de desescalada verbal.

La desescalada verbal es una técnica comunicativa muy útil, aunque algo compleja, para manejar situaciones en las que las personas pueden sentirse angustiadas, preagitadas o agitadas leve o moderadamente; puede usarse en cualquier contexto o circunstancia clínica, pero cobra especial valor en unidades de hospitalización psiquiátrica (Price y Baker, 2012; Pérez-Toribio et al., 2022a). Cuando se utilizan métodos de desescalada en lugar de coercitivos, la persona interesada adquiere un sentido de control, calma y seguridad que le ayuda a autorregularse (Vieta et al., 2017; OMS, 2017).

Esta práctica se contempla dentro de la cuarta estrategia de las Seis Estrategias Básicas como una herramienta de reducción del aislamiento y la contención mecánica y, también, como una intervención específica dentro de las 10 intervenciones enfermeras del modelo *Safewards*.

Los objetivos principales de esta técnica son restablecer el autocontrol de la persona, introducir límites claros de comportamiento, garantizar la seguridad de la persona, de los y las profesionales y de otras personas presentes, lograr una alianza terapéutica con la persona interesada que permita su participación en la toma de decisiones y ayudarle a aliviar su angustia u hostilidad previniendo posibles episodios de agitación o violencia. Consta de 10 dominios o principios (Price y Baker, 2012; Richmond et al., 2012; Vieta et al., 2017; OMS, 2017):

1) Respetar el espacio personal: evitar acercarse demasiado a una persona que está experimentando angustia, ansiedad, enojo o frustración, ya que se pueden exacerbar estos sentimientos, y evitar los espacios cerrados (por ejemplo, habitaciones pequeñas) para que la persona no se sienta atrapada o acorralada, lo que también puede exacerbar su angustia.
2) No actuar de forma provocativa: demostrar un lenguaje corporal que muestre que no se tiene intención de dañar a la persona (por ejemplo, las manos deben estar visible en todo momento demostrando que no hay nada que ocultar), no quedarse frente a la persona ni mirar fijamente, romper el contacto visual regularmente en personas hostiles y no usar un lenguaje que pueda ser percibido como provocativo, humillante o condescendiente.

3) Establecer contacto verbal: presentarse y explicar cuál es el propósito de la intervención a la persona, informarle de que la intención es apoyarla y que no se hará nada contra ella. Hay que intentar no tomarse nada de lo que la persona dice personalmente y hacer esfuerzos para mantener la calma.
4) Ser conciso: mantener frases simples y concisas, repetir los puntos principales de la conversación para asegurarse de que la información comunicada se está entendiendo, no apresurar a la persona y darle tiempo y espacio para procesar el mensaje y para responder.
5) Identificar deseos y necesidades: preguntar directamente a la persona sobre los motivos de su angustia y si hay algo que podamos hacer para ayudarle. Se puede preguntar directamente a la persona cuáles son sus demandas utilizando un lenguaje claro.
6) Escuchar atentamente a la persona: se debe usar la escucha activa, es decir, escuchar atentamente y parafrasear para demostrar verbalmente que se ha entendido lo que ha dicho.
7) Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo: tratar de encontrar espacio para un acuerdo con lo que dice la persona en cuestión, no descartar lo que la persona dice como "fuera de control" simplemente porque no está de acuerdo. También está bien reconocer que no se está de acuerdo en algo y respetar ambas opiniones.
8) Ser claro acerca de las expectativas y límites: comunicar claramente a la persona lo que puede y no puede esperar en términos de ayuda y apoyo. Establecer de manera clara, razonable y respetuosa estas expectativas y limitaciones.
9) Ofrecer alternativas: dar a la persona opciones es importante y una forma útil de reconducir la situación. Es muy importante preguntarle qué le ayudaría a sentirse mejor y proponer diferentes opciones realistas.
10) *Debriefing* con el personal y la persona usuaria: después de cada actuación, es importante realizar un análisis en equipo de la situación para detectar errores y posibles mejoras que se puedan implementar en ocasiones futuras, así como también es fundamental retomar la relación con la persona implicada para que no tenga un mal recuerdo y establecer cómo evitar una futura activación.

La formación y el uso de la desescalada verbal por parte de los y las profesionales de enfermería reduce el número de personas que requieren medidas coercitivas como la contención física y/o mecánica (Ye et al., 2021; Celofiga et al., 2022). Además, resolver una situación de agitación con manejo verbal, sin dañar física ni psicológicamente a la persona

favorece la alianza terapéutica y por consiguiente el proceso de cuidados (Knox y Holloman, 2012). Lo más importante es establecer una relación terapéutica adecuada desde el inicio de la hospitalización que facilite el vínculo con de la persona ingresada y permita el uso oportuno de esta desescalada (Pérez-Toribio et al., 2022b).

1.4.2.5. Política de puertas abiertas.

La política de puertas abiertas consiste en la apertura física de la puerta en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Además, comprende cambios en el enfoque terapéutico hacia el manejo de personas usuarias en riesgo de agresión y autolesiones y en los procesos de liderazgo y de equipo (Hochstrasser et al., 2018). Esta política refleja un enfoque terapéutico más centrado en la construcción de relaciones y menos en la coacción y el control de las personas ingresadas. Tal enfoque genera confianza y, por lo tanto, reduce la agresión y la violencia, así como las medidas obligatorias de las unidades (Schneeberger et al., 2017).

El modelo clásico de hospitalización en psiquiatría siempre se ha basado en el ingreso en unidades cerradas para prevenir daños, fugas y para mantener la seguridad. Pero actualmente existe una creciente evidencia de que las políticas de puertas cerradas no pueden proporcionar una mayor seguridad sobre los entornos de puertas abiertas con respecto al suicidio, la fuga, la agresión y el uso de sustancias en entornos psiquiátricos (Hochstrasser et al., 2018). Contrariamente, pueden contribuir involuntariamente a un mayor uso de medidas coercitivas al tener una atmósfera menos terapéutica y más autoritaria, y favorecer la estigmatización para las personas que ingresan en una unidad de hospitalización psiquiátrica (Schneeberger et al., 2017; Fröhlich et al., 2018), sin olvidar los sentimientos de confinamiento, dependencia forzada hacia el personal sanitario y emociones negativas que se genera también en las personas ingresadas voluntariamente (Steinauer et al., 2017; Kalagi et al., 2018).

Hochstrasser y su equipo (2018) examinaron la primera transición de puertas cerradas a puertas abiertas en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos en Basilea (Suiza) en el año 2015, allí denominada Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos (UCIP). Se realizó en el contexto de un estudio universitario, que concluyó que mantener la puerta abierta redujo significativamente las reclusiones. Para llevar a cabo esta política de puertas abiertas, se aplicaron estrategias basadas en la evidencia que incluían un cambio sistemático hacia una atención más centrada en las personas usuarias y orientada hacia la recuperación, con participación activa de la familia y las personas cuidadoras, la implementación de un nuevo concepto en terapia cognitivo conductual tanto individual como grupal, la implantación de

un modelo de prestación de cuidados primarios de enfermería y la capacitación en desescalada verbal para todo el personal de la unidad. Durante todo el período de estudio, la puerta únicamente estuvo cerrada durante la noche desde las las 10:00 p.m. hasta las 7:00 a.m.

Este sistema funciona ya en España en distintos hospitales entre los que se encuentran, por ejemplo, el Hospital Comarcal de Inca (Palma de Mallorca), el Hospital General Universitario de Elda (Alicante), el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y, de nuevo el *Hospital Germans Trias i Pujol* de Badalona (Roy, s.f.) [4].

1.4.2.6. Voluntades Anticipadas en Salud Mental (VVAA-SM).

Las Voluntades anticipadas (VVAA), conocidas también como testamento vital o instrucciones previas, se definen según la Ley 41/2002 de autonomía del paciente como:

> *Documento en el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.*

Por tanto, las Voluntades Anticipadas en Salud Mental (VVAA-SM) se entienden como el derecho de una persona a decidir qué cuidados y tratamientos desea recibir o rechazar durante una crisis de salud mental. Ayudan a respetar los derechos de las personas atendidas, incluyendo el principio de autonomía, y contribuyen a la eliminación o reducción de prácticas coercitivas. Estas voluntades se diseñan cuando la persona se encuentra recuperada y le permiten decidir con antelación la atención sanitaria deseada y acciones futuras a realizar para cuando la persona no esté capacitada (Suess-Schwend et al., 2016; Edan et al., 2021). Dentro de estas voluntades se encuentra la determinación de preferencias o rechazo de tratamientos o medicamentos, métodos deseados para manejar una crisis, autorización para informar o no a determinadas personas sobre el ingreso o estado clínico, preferencias respecto a profesionales y designación de un representante para la toma de decisiones, entre otras (Ramos-Montes, 2019; Jankovic et al., 2020).

Dentro de las VVAA se pueden diferenciar entre el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) y cualquier ciudadano puede utilizarlas como estrategias complementarias para hacer constar sus preferencias (Comité de Bioética de Cataluña, 2017; Ramos-Montes, 2019). El DVA es una herramienta legal regulada

donde la persona hace constar por escrito sus voluntades anticipadas en el supuesto caso de ciertas condiciones médicas en las que no pueda decidir por sí misma y sea necesario intervenir en beneficio de su vida. La persona es quien decide, aunque se suele requerir de la presencia de testigos en función de la manera en que se registre el documento. Por otro lado, la PAD es como una herramienta clínica aplicada en la práctica asistencial y considerada como un proceso de información, asesoramiento y diálogo sobre las preferencias relacionadas con la atención sanitaria. Su finalidad es elaborar un plan conjunto entre la persona y los y las profesionales de la unidad para que, en caso necesario, se puedan tomar decisiones acordes a sus deseos o preferencias. También puede implicar a familiares, a la persona que designe como su representante u otras personas de su entorno (Suess-Schwend et al., 2016; Jankovic et al., 2020; Edan et al., 2021). Cuando esta PAD se lleva a cabo en las unidades de atención de salud mental se conoce como PAD-SM (Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental).

Ejemplos de VVAA-SM como herramienta clínica sería por ejemplo un "Plan de Crisis", una "Tarjeta de Crisis" o la "Planificación Anticipada de Tratamientos en Salud Mental" (Suess-Schwend et al., 2016; Jankovic et al., 2020).

En España, las VVAA se empezaron a utilizar a raíz de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente; y, desde entonces la experiencia de su utilización se ha expandido y se ha adaptado a los nuevos requerimientos. En la Comunidad Valenciana, actualmente, la regulación e inscripción del DVA en el registro centralizado de voluntades anticipadas está regulado por el Decreto 180/2021, de 5 de noviembre, del Consell.

Aunque la legislación sobre el tema es amplia, su uso e implementación puede llegar a considerarse algo engorroso y artificial dado el desconocimiento y la desinformación. Por ello, los y las profesionales deben recibir la capacitación adecuada que ayude a reforzar su implementación en la práctica diaria, así como diseñar recursos más adaptados que garanticen una buena implementación a través de conocer las experiencias tras su uso de los y las profesionales y de las personas usuarias (Juliá-Sanchis et al., 2020; James et al., 2022).

1.5. Recorrido por la investigación en coerción en salud mental a nivel internacional.

A fecha de 1 de abril de 2024, PubMed disponía de 8,148 entradas registradas con el término "*coercion*", de las cuales 123 eran revisiones sistemáticas. Los primeros estudios sobre coerción en salud mental registrados en esta base de datos datan entre los años 1970 y 1980. Se trata de estudios a favor del derecho de las personas usuarias de salud mental a rechazar tratamientos involuntarios (Levick y Wapner, 1975; McGovern, 1976) y estudios sobre la hospitalización involuntaria y las experiencias de las personas ingresadas (Huntington, 1976; Shannon, 1976).

Desde entonces, diversos estudios han pretendido abarcar varios temas dentro de la coerción, como los diferentes **tipos** (Molodynski et al., 2017; OMS, 2017; McSherry, 2017; Vieta et al., 2017; Hotzy et al., 2018a, Aguilera-Serrano et al., 2018; Elmer et al., 2018, Sampogna et al., 2019), las **consecuencias** de su aplicación y los **retos éticos** que conlleva (Hanlon et al., 2010; OMS, 2017, Aguilera-Serrano et al., 2018; Horvath et al., 2018; Gooding et al., 2018; Hotzy et al., 2018a; Hotzy et al., 2018b; Hem et al., 2018; Guzmán -Parra et al., 2019), las **percepciones** tanto de las personas usuarias como de los y las profesionales de su uso (Tingleff et al., 2017; Krieger et al., 2018; Berge et al., 2018; Staniszewska et al., 2019) y las **intervenciones** específicas para reducir las prácticas restrictivas (NASMHPD, 2008; Stirling et al., 2017; Gaynes et al., 2017; McSherry, 2017; Gooding et al., 2018, Vieta et al., 2017; OMS, 2017, Bowers, 2014; Bowers et al., 2015; Fletcher et al., 2017; Stensgaard et al., 2018; Wilson, 2018), entre otros.

Casi todos los estudios publicados hasta la fecha sobre la coerción y percepción de coerción en psiquiatría se desarrollan en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos (Staniszewska et al., 2019; Doedens et al., 2020) y escasamente en el ámbito comunitario, quedando desiertos ámbitos como podrían ser Unidades de Media y Larga Estancia, dándole así un gran valor a la presente investigación.

2. Problema de investigación y objetivos

2.1. Problema de investigación.

A nivel mundial, en los sistemas de salud mental sigue predominando el modelo o paradigma biomédico, ya que, aunque muchos países se encuentren en transición hacia el modelo biopsicosocial, el biomédico se sostiene principalmente en dos cuestiones dentro de los cuidados en salud mental: la regulación de la capacidad jurídica y los tratamientos psiquiátricos (Confederación Salud Mental España, 2023). Según indica el Relator Especial de las Naciones Unidas, el modelo biomédico resulta en un uso excesivo de medicalización e institucionalización, una mayor aplicación de medidas coercitivas y, con ello, un descuido de los principios fundamentales de la CDPD (ONU, 2020).

A consecuencia de ello, actualmente, cada servicio de salud mental organiza los cuidados que presta desde su propia perspectiva: más orientada hacia el modelo biomédico, más restrictiva, o más orientada al biopsicosocial, menos coercitiva. Así, entre servicios de salud mental contrastan una variedad de prácticas que van desde una política de puertas abiertas hasta salas con puertas cerradas o prácticas como la confiscación de la ropa y los bienes personales de las personas ingresadas. Algunas de estas prácticas integradas en la atención diaria, violan la libertad de las personas atendidas (Norvoll y Pedersen, 2016; Cowman et al., 2017; Verbekea et al., 2019; Staniszewska et al., 2019).

Las prácticas restrictivas en psiquiatría, como la medicación forzosa o la contención mecánica, se utilizan a menudo en personas hospitalizadas en respuesta a dificultades de manejo o agresiones y para prevenir o minimizar los riesgos (Fletcher et al., 2017). Deben considerarse la última opción, solo cuando los procedimientos estándar han fallado y cuando las personas son un peligro para sí mismas o para los demás, de tal manera que su aplicación garantice la seguridad (Higgins et al., 2018; Krieger et al., 2018). Pero su uso implica un conflicto ético (Guzmán -Parra et al., 2019; Hem et al., 2018b), ya que, por un lado como ya hemos citado pueden ayudar a proteger la integridad de la persona en cuestión u otra persona usuaria (Hotzy et al., 2018b), pero, por otro, restringe su libertad, considerándose un procedimiento invasivo que compromete la autonomía personal, la autodeterminación (Hotzy et al., 2018a) y los derechos fundamentales de las personas (Naciones Unidas, 2016; Naciones Unidas, 2017; McSherry, 2013; Aguilera-Serrano et al., 2018; Horvath et al., 2018; Gooding et al., 2018).

La atención a la salud mental en entornos ambulatorios ha llevado a la incorporación de medidas coercitivas también en estos ámbitos, como las OTC obligatorias (Nakhost et al.,

2018). Las OTC son intervenciones complejas en las que intervienen sistemas jurídicos, médicos y de servicios sociales. La atención obligatoria en salud mental solo puede utilizarse en virtud de la ley cuando se ha intentado sin éxito la atención voluntaria, o si es obviamente inútil intentarlo (Steiro et al., 2018; Løvsletten et al., 2020), y contribuyen a la sensación de coerción de las personas usuarias (Nakhost et al., 2019).

Gracias a la perspectiva biopsicosocial, la salud mental está adoptando un enfoque más centrado en la persona, donde esta es incluida en el proceso asistencial como sujeto, no como mero objeto (Elío-Calvo, 2023). A consecuencia, las personas usuarias han de ser escuchadas, informadas, respetadas e involucradas en su propia atención, cambiando así el equilibrio de autoridad y responsabilidad dentro de la relación profesional-usuario/a e incorporando la toma de decisiones compartidas (Bensimon et al., 2018). Por lo tanto, el derecho de la persona usuaria a tomar decisiones con respecto a su propia salud mental debe ser reforzado. Si se considera que la persona es capaz de dar su consentimiento, la coerción no puede ser utilizada para imponer una medida (Berge et al., 2018). Ahora bien, sigue habiendo profesionales que consideran que la toma de decisiones por parte de las personas usuarias no es relevante para el proceso de recuperación y contribuyen a la aplicación de la coerción como práctica habitual (Eiroa-Orosa y Limiñana-Bravo, 2019). En muchas situaciones agudas, acordar el mejor tratamiento o la mejor medida junto con la persona puede resultar complejo, pero los y las profesionales debemos de tratar de involucrarles en la toma de decisiones y considerar sus opiniones para proteger su autonomía en la medida de lo posible. Esto disminuirá el miedo, ayudará a prevenir traumas y fomentará la adherencia a los tratamientos (Krieger, et al., 2018). Priebe y su equipo, ya en el 2010, documentaron que las opiniones de las personas ingresadas involuntariamente sobre su tratamiento dentro de la primera semana de ingreso, son un indicador relevante para su pronóstico a largo plazo.

Es importante dejar clara la necesidad de promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y debate permanente y la conciencia de responsabilidad entre los y las profesionales sobre el comportamiento ético con cada persona y formar a los y las profesionales en prácticas de relación terapéutica centradas en la persona (Manifiesto de Cartagena, 2016).

Por todo ello y según algunos autores, actualmente el foco principal del personal de enfermería es lograr un ambiente terapéutico que favorezca un entorno seguro con las menores tasas de medidas coercitivas, para lo que es necesario un trabajo colaborativo entre los y las profesionales y las personas usuarias en las unidades de salud mental (Masters, 2018;

Berge et al., 2018; Bensimon et al., 2018; Sampogna et al, 2019); y el punto de partida para ello es conocer la percepción y actitudes de las personas usuarias y profesionales ante la coerción.

Aunque las medidas coercitivas se aplican en todos los ámbitos de atención, la mayor parte de la investigación relacionada con la coerción se ha realizado en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, donde los principales objetivos son restablecer la estabilidad clínica de las personas usuarias y tratar los síntomas agudos. Sin embargo, la gravedad de las condiciones clínicas de estas personas, las condiciones en las que se establecen las relaciones terapéuticas y los diferentes propósitos de la hospitalización en otras unidades, como las de rehabilitación orientadas a la recuperación, hacen que la aplicación de medidas coercitivas pueda diferir tanto en tipo como en frecuencia. Por ello, es importante seguir mejorando la comprensión colectiva de la coerción explorando las percepciones y experiencias de los y las profesionales y las personas usuarias de servicios de salud mental, especialmente en entornos de rehabilitación orientados a la recuperación, ya que estos son factores que pueden tener un impacto en su proceso de recuperación. Además, es importante poder sintetizar la dispersión de información que existe en torno al fenómeno de la coerción que nos pueda orientar mejor sobre hacia dónde es posible seguir mejorando.

Después de años de reivindicación, quizá ha llegado el momento de lograr unos servicios de salud mental que sean respetuosos con la dignidad humana y que cumplan con las normas y estándares internacionales de derechos humanos.

2.2. Objetivos.

2.2.1. Objetivos generales.

- Recopilar, evaluar, sintetizar y mejorar la accesibilidad de la evidencia existente a partir de revisiones sistemáticas sobre la coerción en el ámbito de la salud mental a través de una revisión *umbrella* (parte 1, artículos 1 y 2).
- Analizar y describir la vivencia de coerción en la Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) del Hospital Padre Jofré, tanto desde la perspectiva de los y las profesionales de enfermería (parte 2, artículo 3) como de las personas usuarias (parte 3, artículo 4).

2.2.2. Objetivos específicos.

- Objetivos específicos PARTE 1 (revisión *umbrella):*
    - Caracterizar el fenómeno de la coerción.
    - Describir los efectos o consecuencias de la coerción.
    - Describir la percepción de las partes implicadas (personas usuarias, cuidadores y/o familiares y profesionales).
    - Examinar las intervenciones para reducir las medidas coercitivas.
- Objetivos específicos PARTE 2:
    - Describir la percepción de la coerción desde el punto de vista de los y las profesionales del equipo de enfermería de la UME.
    - Describir las características sociodemográficas de los y las profesionales participantes y determinar si existe una relación con su percepción de coerción.
- Objetivos específicos PARTE 3:
    - Explorar la vivencia con el trato y la coerción formal e informal de las personas usuarias de la UME.
    - Medir la percepción de coerción de las personas usuarias de la UME.
    - Describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas usuarias participantes de la unidad y determinar si se correlacionan con su percepción de coerción.

3. Metodología y resultados

3.1. PARTE 1. Revisión de revisiones: revisión *umbrella*.

Las preguntas de investigación que motivaron esta revisión fueron: ¿Cuáles son las características de la coerción en los distintos contextos? ¿Cuál es el impacto de la coerción en los resultados clínicos de la atención? ¿Cuál es la percepción de las partes implicadas sobre la aplicación de la coerción? ¿Qué factores influyen en la coerción y cómo podría reducirse?

3.1.1. Metodología.

3.1.1.1. Diseño.

Esta revisión de revisiones se desarrolló de acuerdo con el manual de síntesis de evidencia del Instituto Joanna Briggs (JBI) (Aromataris y Munn, 2020). El protocolo de la revisión se registró en el *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO ID: CRD42020196713) en julio de 2020 y se publicó como artículo en 2022 (Aragonés-Calleja y Sánchez-Martínez, 2022). El método de presentación del informe de esta revisión *umbrella* se adhiere a las pautas PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para revisiones sistemáticas y metaanálisis.

3.1.1.2. Criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión

El criterio general de inclusión era la coerción como tema principal (término que debía estar incluido en título/resumen). Se utilizó el marco PICOS o PICo para proporcionar criterios explícitos sobre:

- **Población (P):** personas usuarias de servicios de salud mental, familiares o personas cuidadoras principales, profesionales de servicios de salud mental, responsables de la toma de decisiones e investigadores e investigadoras.
- **Intervención o fenómeno de interés (I)**: cualquier tipo de coerción (formal, informal o percibida) o restricción en salud mental.
- **Comparaciones (C):** fueron variadas, ya que los estudios primarios de las revisiones sistemáticas podían ser de intervención frente a un grupo de control no expuesto, cohortes pre y post, personas usuarias y no usuarias, así como diseños cualitativos que no mencionaban ninguna comparación.

- **Resultados (O)**: efectos o consecuencias de la coerción, incluidas las percepciones de las personas que utilizan y a las que se aplica la coerción, los resultados sanitarios, los conflictos éticos, las políticas y las intervenciones para reducir la coerción.
- **Diseño del estudio (S)**: revisiones sistemáticas y metaanálisis que sintetizaran los resultados de estudios primarios sobre la coerción. Las revisiones podían incluir estudios primarios empíricos de cualquier diseño: experimentales, cuasiexperimentales, transversales, mixtos y cualitativos. Se identificaron trabajos de investigación publicados en cualquier idioma y sin filtro de año de publicación para identificar cualquier estudio relevante.
- **Contexto (Co)**: cualquier ámbito de salud mental (unidad de hospitalización psiquiátrica, centros de salud mental comunitaria, unidad de conductas adictivas, unidad de media estancia, entre otras), independientemente del país.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las revisiones que incorporaban estudios o textos teóricos y opiniones como fuentes primarias de evidencia; las que no se basaban en estudios empíricos primarios, como las revisiones de alcance, así como las revisiones de un nivel más elevado, como las revisiones de revisiones; las que no proporcionaban una lista completa de los estudios primarios incluidos; y las que no describían la estrategia de búsqueda y los criterios de inclusión explícitos.

3.1.1.3. Selección de estudios.

Ambas autoras diseñaron la estrategia de búsqueda tras probar diferentes combinaciones de palabras clave y operadores booleanos, hasta obtener una combinación precisa y completa para el tema de investigación. Esta estrategia se refinó tras la consulta a un grupo de expertos de la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la *Universitat de València*.

Se utilizó un proceso de búsqueda en tres fases. En primer lugar, se identificaron las palabras clave a través de las preguntas de investigación y los objetivos establecidos. En segundo lugar, se construyeron filtros de búsqueda específicos para cada base de datos. Por último, se revisaron las listas de referencias de los estudios que cumplían los criterios de inclusión.

Las principales fuentes de información fueron bases de datos biomédicas como Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE y CINAHL y repositorios de revisiones sistemáticas, como la JBI *Database of Systematic Reviews* y la *Cochrane Database of Systematic*

Reviews. Se consideraron otras fuentes, como las búsquedas directas de citas. Las estrategias de búsqueda utilizadas en las diferentes fuentes están disponibles en el **Anexo 8**. No se estableció una fecha de inicio para esta búsqueda para evitar descartar revisiones relevantes y la fecha final de inclusión fue hasta el 29 de abril de 2021. Tampoco se aplicaron restricciones de idioma.

La búsqueda dio como resultado la identificación de 921 estudios. Tras eliminar los duplicados (n = 443), ambas autoras examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes de 478 artículos y seleccionaron 71 para la lectura del texto completo, de los cuales 44 cumplían los criterios de inclusión. Se añadieron dos artículos más tras comprobar las listas de referencias de los artículos incluidos (n = 46). En la Figura 1 del Anexo 2 se muestra el diagrama de flujo del proceso de selección de estudios. La lista de estudios excluidos en la fase de elegibilidad está disponible en el **Anexo 9**.

Los artículos publicados en un idioma distinto al español se tradujeron con la plataforma lingüística DeepL Pro.

3.1.1.4. Extracción de datos.

Para minimizar el riesgo de sesgo, las dos autoras extrajeron los datos de forma independiente utilizando la plantilla de extracción de datos JBI para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación (Aromataris y Munn, 2020) incluyendo: título del estudio, autor/año, objetivos, participantes (características y número), entorno o contexto, descripción de intervenciones o fenómenos de interés, detalles de la búsqueda, intervalo (años) de los estudios incluidos, número de estudios incluidos, tipos de estudios incluidos, país de origen de los estudios incluidos, evaluación (instrumentos de evaluación utilizados, calificación de la evaluación), métodos de análisis, resultados medidos, hallazgos, importancia/dirección, heterogeneidad y un espacio para los comentarios o notas. Cualquier desacuerdo entre las revisoras se resolvió por consenso. Este proceso de extracción de datos se realizó con Microsoft Excel 2016.

3.1.1.5. Síntesis y análisis de datos.

El protocolo inicial fue diseñado para agrupar la información según enfoque y metodología (revisiones cualitativas o cuantitativas). Sin embargo, dado el número y la heterogeneidad de los estudios incluidos, se desarrolló una síntesis narrativa estructurada y una síntesis temática para presentar los hallazgos clave en un formato accesible. La evidencia proporcionada por las revisiones sistemáticas con respecto a la prevalencia, eficacia, efectos no deseados,

factores relacionados e intervenciones para reducir el uso de formas específicas de coerción se resumió mediante una **síntesis narrativa** (Popay et al., 2006). Para resumir la vivencia, percepciones y actitudes de todas las personas implicadas en la aplicación de cualquier medida coercitiva (es decir, profesionales, personas usuarias de servicios de salud mental y sus cuidadores) descritas en las revisiones sistemáticas se desarrolló una **síntesis temática**, siguiendo las recomendaciones de Thomas y Harden (2008). Los análisis alcanzaron el nivel descriptivo, dado el objetivo sintético de esta revisión.

3.1.1.6. Evaluación del riesgo de sesgo.

Después del análisis de texto completo y al realizar la extracción de datos, se utilizó la "Lista de verificación para revisiones sistemáticas" de la herramienta de evaluación crítica de JBI para evaluar la calidad de los estudios incluidos (**Anexo 10**). La calidad fue evaluada por cada investigadora de forma independiente. Se acordó la puntuación de calidad de cada artículo: las puntuaciones iguales o inferiores a 4 sobre 11 se consideraron de baja calidad; las de 5 a 7 sobre 11, de moderada calidad; y las puntuaciones de 8 sobre 11 y superiores, de alta calidad.

La herramienta de evaluación de riesgo de sesgo para revisiones sistemáticas (ROBIS, acrónimo del nombre en inglés, *Risk of Bias in Systematic Reviews*) (**Anexo 11**) también fue aplicada de forma independiente por las dos autoras (Whiting et al., 2015; Whiting et al., 2016), asignando a los estudios un riesgo de sesgo bajo, poco claro o alto. No se excluyeron estudios por su calidad o riesgo de sesgo, pero estos factores se consideraron durante el análisis de los resultados.

3.1.2. Resultados.

3.1.2.1. Características de los artículos incluidos.

La síntesis final incluyó 46 artículos, que mayoritariamente eran revisiones sistemáticas puras (n = 36, de los cuales 29 eran síntesis cualitativas) y el resto eran revisiones sistemáticas que incluían metaanálisis (n = 10). La mayoría habían sido publicados en los cinco años anteriores y en inglés, excepto cuatro: un artículo publicado en holandés (De Waardt y van der Heijden, 2017), uno en alemán (Rabe et al., 2017), uno en noruego (Dahm et al., 2017) y uno en francés (Pariseau-Legault et al., 2020). El número de estudios incluidos en cada revisión osciló entre N = 0 (Sailas y Fenton, 2000) y N = 311 (Muir-Cochrane et al., 2020a; Muir-Cochrane et al., 2020b; Muir-Cochrane et al., 2020c), y el año de publicación osciló entre el año 2000 (Sailas y Fenton, 2000) y el 2021 (Plunkett y Kelly, 2021). Los principales contextos fueron las

unidades de hospitalización psiquiátrica y los entornos comunitarios de diversos países. La calidad y el riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas incluidas en cada categoría se puede consultar en las Figuras 2 y 3 del Anexo 2. El 48% (n = 22) eran de calidad alta y riesgo bajo de sesgo, mientras que el 2% (n=1) eran de calidad baja y riesgo alto de sesgo.

Los estudios se clasificaron en dos categorías:

- Evidencia sobre medidas coercitivas específicas. Esta categoría incluía seis subcategorías: aislamiento y contención; tratamiento forzoso; ingresos involuntarios; OTC; coerción informal; y coerción en general. Para cada subcategoría, se describió la evidencia sobre su prevalencia, eficacia, efectos nocivos, factores relacionados y alternativas para reducir su uso.
- Experiencias, percepciones y actitudes de los y las profesionales, personas usuarias de servicios de salud mental y sus cuidadores o familiares frente a la coerción y medidas coercitivas específicas.

3.1.2.2. Evidencia sobre medidas coercitivas específicas.

Los 34 artículos sobre las medidas coercitivas específicas se clasificaron en seis subcategorías: aislamiento y contención física y/o mecánica, tratamiento forzoso, ingresos involuntarios, OTC, coerción informal y coerción en general. Algunas revisiones abordaban más de una subcategoría y, por lo tanto, se incluyeron en más de una. Las características del estudio, objetivos, calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos en esta categoría y subcategorías se encuentran resumidas en la Tabla 1 del Anexo 2.

Aislamiento y contención física y/o mecánica

Quince revisiones sistemáticas abordaban el aislamiento y la contención física y/o mecánica como medidas coercitivas en unidades de hospitalización psiquiátrica, estimando su prevalencia (De Hert et al., 2011; Rabe et al., 2017), centrándose en su eficacia (Sailas y Fenton, 2000), resumiendo sus consecuencias nocivas (Chieze et al., 2019; Gleerup et al., 2019; Kersting et al., 2019; Nielson et al., 2020), describiendo la preferencia de las personas usuarias por el aislamiento frente a la contención mecánica (Gleerup et al., 2019), detallando los factores relacionados con su uso (Chieze et al., 2019; Jackson et al., 2018; Jalil y Dickens, 2018; Nielson et al., 2020) e introduciendo intervenciones para reducir su uso (Bak et al.,

2012; Bryson et al., 2017; Dahm et al., 2017; Gaynes et al., 2017; Goulet et al., 2017; Ye et al., 2018).

En cuanto a la **prevalencia** de aislamiento y contención física y/o mecánica:

- Rabe y su equipo (2017) informaron de una **prevalencia alta**, pero no especificada, del uso de estas medidas coercitivas entre niños y niñas y adolescentes.
- De Hert y colaboradores (2011) también estudiaron el aislamiento y la contención física y/o mecánica en estos grupos de edad, y encontraron altas tasas de ambas medidas en sus estudios sistemáticos: el **aislamiento se aplicó al 26%** de las personas usuarias con 67/1000 días por persona usuaria; y la **contención al 29%** de las personas usuarias con 42,7/1000 días por persona usuaria.

En el caso de la **eficacia** del aislamiento y la contención física y/o mecánica, Sailas y Fenton consideraron Ensayos Controlados Aleatorios (ECAs) en su revisión de 2000. Los autores intentaron comparar sus efectos con los de la "atención estándar" u otros enfoques alternativos en las unidades de salud mental, pero no encontraron ningún estudio para incluir en su revisión.

Cuatro revisiones (Chieze et al., 2019; Gleerup et al., 2019; Kersting et al., 2019; Nielson et al., 2020) analizaron los **daños y los efectos no deseados** que el aislamiento y la contención mecánica suponen para las personas usuarias. Estos efectos se clasificaron en daños físicos, daños emocionales y aumento del tiempo de estancia.

- En su revisión sobre el daño físico, Kersting y colaboradores (2019) incluyeron 67 estudios, en los cuales la contención mecánica fue la medida coercitiva reportada con mayor frecuencia y la **muerte** el daño descrito más habitual. El **paro cardíaco** debido a la compresión torácica o estrangulación se notificó en 23 estudios, y la **embolia pulmonar** se nombró en otros 8 estudios. Otros daños incluían el **tromboembolismo venoso** y las **lesiones** durante la contención física, que se informaron en un 0,8%-4% de los casos.
- Chieze y colaboradores (2019) estudiaron las secuelas psicológicas del aislamiento y la contención mecánica, que generalmente consistían en una alta incidencia de **TEPT** (25%-47%), especialmente en individuos con eventos traumáticos pasados.
- El equipo de investigación liderado por Gleerup (2019) comparó en su revisión la duración de la estancia de aquellas personas sometidas a aislamiento y contención

mecánica con las que no fueron sometidas a estos métodos. Concluyeron que la **duración media de la estancia era 25 días más prolongada para las personas que habían estado en aislamiento** que para las que no lo estaban. En el caso de personas sometidas a **contención mecánica, la duración media de la estancia era de cinco días** más que las que no lo habían sido. También descubrieron que la contención mecánica parecía ser una opción más segura, con autolesiones menos graves y estancias más cortas en comparación con el aislamiento. Con respecto al daño potencial causado por el aislamiento y la sujeción en niños y niñas y adolescentes, Nielson y su equipo (2020) destacaron que las principales consecuencias de la contención mecánica eran los **daños físicos y emocionales.**

En cuanto a los **factores relacionados** con el uso de aislamiento y contención física y/o mecánica:

- Chieze y colegas (2019) se centraron en el **diagnóstico psiquiátrico**, y concluyeron que los asociados con mayor frecuencia al uso de estas medidas fueron la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar durante episodios maníacos.
- Nielson y compañeros y compañeras (2020) estudiaron los factores relacionados con el uso de aislamiento y contención en **niños y niñas y adolescentes** e identificaron características que pueden ayudar a predecir la aplicación de medidas coercitivas, como una edad más temprana, el diagnóstico de un trastorno psicótico, múltiples ingresos hospitalarios previos, trauma, autolesiones y antecedentes de agresión. También describieron las razones más comunes para el uso de la coerción en general, incluidas las conductas de riesgo, como agitación, heteroagresividad y amenazas, e ingresos más prolongados.
- Jackson y colaboradores (2018) estudiaron los **factores que influyen en las decisiones de los y las profesionales de la salud mental de liberar o no a las personas usuarias de la medida de aislamiento**. Los factores que causaban reticencias del personal a poner fin a las medidas coercitivas eran: un entorno estresante que afectara a la toma de decisiones, la necesidad de los profesionales de mantener la seguridad de la sala prolongando esta decisión, la inestabilidad organizacional en que el compromiso del personal con el trabajo se viera socavado y la inseguridad del personal aumentara.

- Centrándose en el papel de los y las profesionales en el uso de aislamiento y contención mecánica, Jalil y Dickens (2018) estudiaron la **influencia de la ira** entre los miembros del equipo de enfermería de salud mental relacionada con las personas usuarias de los servicios y su gestión clínica, o con el trabajo y el entorno laboral. Sus resultados sugirieron que la ira influyó en el uso del aislamiento y la contención mecánica, aunque no pudieron demostrarlo categóricamente. Además, descubrieron que la ira podría tener consecuencias negativas tanto para el bienestar de los y las profesionales como para los cuidados prestados.

En el caso de las revisiones que se centraron en **intervenciones para reducir el uso** aislamiento y contención mecánica:

- Bak y colaboradores (2012) concluyeron qué tres tipos de intervenciones tenían más probabilidad de reducir la contención mecánica: l**a implementación de terapia cognitiva del ambiente terapéutico** (logrando una reducción del 87%); **intervenciones combinadas** (programas que constan de varias intervenciones, como formación de las personas usuarias, capacitación del personal, participación de las personas usuarias, cambios en los programas de la unidad, apoyo administrativo de alto nivel, cambios culturales y análisis de datos, entre otros) y **atención centrada en la persona.**
- Goulet y su equipo (2017) estudiaron alternativas al aislamiento y la contención mecánica en su evaluación de 23 artículos. **Seis componentes clave** predominaron en todos los programas de reducción de estas medidas: liderazgo, capacitación, revisión posterior al aislamiento y/o contención física o mecánica, participación de las personas usuarias, herramientas de prevención y la importancia del entorno.
- Gaynes y colaboradores (2017) informaron de resultados positivos para dos estrategias que redujeron eficazmente el comportamiento agresivo y el uso de aislamiento y contención mecánica: **evaluación de riesgos e intervenciones multimodales consistentes con los principios de las Seis Estrategias Básicas.**
- Ye y compañeros y compañeras (2018) realizaron un metaanálisis que reveló que la **capacitación adecuada del personal** puede reducir la duración y los efectos adversos de la contención física y/o mecánica en los servicios de salud mental.
- Dos revisiones, las de De Hert y colaboradores (2011) y Bryson y colaboradores (2017) se centraron en investigar cómo reducir el uso del aislamiento y la contención mecánica en niños y niñas y adolescentes. De Hert y su equipo (2011) concluyeron

que aplicando diferentes **intervenciones estructuradas** durante los ingresos psiquiátricos de estos grupos de edad (no especificadas en su revisión), se podría reducir la prevalencia y la duración del aislamiento y las contenciones mecánicas.

- Bryson y su grupo (2017) sugirieron que las iniciativas de **atención integral y atención informada sobre el trauma en la infancia** que buscan asociar el tratamiento con los principios de seguridad, elección y colaboración podrían reducir las tasas de aislamiento y de contención mecánica y las lesiones del personal y de la persona usuaria.

Tratamiento forzoso o tratamiento involuntario

Cuatro revisiones abordaron el tratamiento forzoso. Muir-Cochrane y su equipo (2020a) se centraron en la prevalencia del tratamiento forzoso en todo el mundo. Una revisión de Clausen y Jones (2014) abordó la prevalencia, los efectos nocivos y los factores relacionados del tratamiento forzoso en personas con anorexia nerviosa sometidas a tratamiento involuntario. Otra revisión de Muir-Cochrane y colaboradores (2020b) abordó los factores relacionados con la medicación forzosa que ellos denominaban tranquilización rápida (*rapid tranquilisation*) y que derivó en recomendaciones clínicas. Una tercera revisión realizada por los mismos autores (Muir-Cochrane et al., 2020c) tuvo como objetivo describir de manera integral el volumen, la jerarquía y el enfoque de la literatura primaria internacional revisada por pares centrada en la medicación forzosa, incluidas las perspectivas de los y las profesionales y personas usuarias sobre su aplicación, las políticas y prácticas respecto de su aplicación, los precursores de eventos coercitivos y las características de los individuos sometidos a medicación forzosa.

En cuanto a la **prevalencia** del tratamiento forzoso:

- Muir-Cochrane y equipo (2020a) utilizaron auditorías retrospectivas para estimar una prevalencia media de medicación forzosa del **7,4%** entre todas las personas ingresadas en centros de hospitalización de todos los países y entornos clínicos analizados.
- Clausen y Jones (2014) investigaron la prevalencia y los factores relacionados del tratamiento forzoso en personas diagnosticadas con anorexia nerviosa. Concluyeron que su prevalencia oscilaba entre el **13% y el 44%,** y que podía consistir en contención física o mecánica, salas cerradas y en alimentación forzada u otro tipo de medicación forzosa.

Según Clausen y Jones (2014), acerca de la **eficacia** del tratamiento forzoso en personas con anorexia nerviosa, detectaron un seguimiento deficiente en los estudios que identificaron, lo que limitó la comprensión de los efectos a largo plazo de esta modalidad de tratamiento. Considerando sus **efectos nocivos**, Clausen y Jones (2014) encontraron una mayor duración del tratamiento forzoso para aquellas personas ingresadas involuntariamente.

Determinaron los siguientes **factores relacionados:**

- Más comorbilidades, mayor duración del trastorno, mayor tiempo hasta la recuperación del peso, más incidentes autolesivos y menor edad para las personas tratadas de manera forzada o involuntaria que para las personas voluntarias (Clausen y Jones, 2014).
- El principal factor relacionado descrito por Muir-Cochrane y colaboradores (2020b) fue la prevención de lesiones a la persona usuaria o a otras personas.

Con respecto a las **recomendaciones clínicas**:

- Muir-Cochrane y su grupo (2020b) recomendaron en su revisión que, si está indicada la medicación forzosa, el personal de primera línea debería utilizar **haloperidol oral, intravenoso o intramuscular** (solo o combinado con lorazepam o midazolam) para gestionar de forma segura, rápida y eficaz la agitación, la agresión y los comportamientos violentos.
- Según las conclusiones posteriores de Muir-Cochrane y colaboradores (2020c) sigue habiendo una **falta de claridad sobre la aplicación más eficaz de la medicación forzosa**. También concluyeron que sigue habiendo dudas sobre la eficacia de los fármacos, los métodos menos traumáticos de administración, el apoyo adecuado a las personas usuarias y al personal en las salas y las mejores medidas de los resultados.

Ingresos involuntarios

Se identificaron ocho revisiones sobre la hospitalización involuntaria en la atención de salud mental, principalmente en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, cuatro de las cuales se centraron en los factores relacionados (Barnett et al., 2019; Walker et al., 2019; Wynn, 2018; Yang et al., 2020) y cuatro en las intervenciones para reducir su prevalencia (Dahm et al., 2017; De Jong et al., 2016; Giacco et al., 2018; Molyneaux et al., 2019).

Los **factores relacionados** más fuertemente asociados con los ingresos involuntarios:

- Según Walker et al. (2019) eran el **diagnóstico de un trastorno psicótico** y el **ingreso involuntario previo.** De hecho, las personas con cualquiera de estos factores de riesgo tenían más del doble de probabilidad de ser ingresadas en contra de su voluntad. Otros factores sociodemográficos y socioeconómicos relevantes fueron el sexo masculino, el estado civil soltero o soltera, el desempleo, recibir prestaciones sociales y no ser propietario o propietaria de una vivienda.
- El metaanálisis de Barnett y colaboradores (2019), que se centró en **poblaciones minoritarias** a nivel internacional, concluyó que todas las personas usuarias, pero en especial las personas de grupos étnicos caribeños negros, africanos negros y del sur de Asia, estaban sujetos a un mayor riesgo de ingreso psiquiátrico involuntario que las personas de étnica blanca.
- La revisión sistemática de Wynn (2018) centrada en Noruega describió altas tasas de ingresos involuntarios en comparación con otros países; concretamente, entre 135 y 418 por 100.000 personas. Los **hombres** gravemente enfermos y aquellos en situaciones de emergencia tenían más probabilidades de ser ingresados involuntariamente. Según reflejaban, los médicos de familia que trabajaban en clínicas fuera del horario laboral a menudo participaban en el proceso de ingreso y con frecuencia tenían poco tiempo y pocas alternativas disponibles.
- En la revisión de estudios primarios chinos de Yang y su equipo (2020), hallaron altas tasas de ingresos involuntarios, particularmente para personas **diagnosticadas de esquizofrenia.** Además, llegaron al metaanálisis en este estudio y revelaron que la tasa combinada de ingresos involuntarios (32,3%) era superior a la tasa de ingresos voluntarios (30,3%), y que esta diferencia era más pronunciada en el caso de la esquizofrenia (44,3% frente a 19,6% para otras patologías). Paralelamente, los ingresos voluntarios aumentaron debido a reformas políticas y legales, la disminución del estigma, el aumento de la concienciación social y de los recursos o la facilidad de acceso a los mismos, entre otros.

En cuanto a las **intervenciones para reducir los ingresos involuntarios**:

- Giacco y colaboradores (2018) sintetizaron 14 intervenciones diferentes para reducir tanto el tratamiento como el ingreso involuntario, y las agruparon en tres grandes categorías: **planificación de la atención estructurada centrada en la persona** (tarjetas de crisis, planificación del alta y seguimiento preventivo, directivas anticipadas, defensa continua y personalizada, planificación motivacional de cuidados

posteriores y seguimiento continuo en la comunidad); **intervenciones terapéuticas especializadas** (apoyo individual entre iguales, psicoterapia asistida con animales, terapia narrativa grupal, terapia de aceptación y compromiso y terapia de modulación sensorial); y **cambios sistémicos en la práctica hospitalaria** (programas residenciales de crisis, alojamiento compartido, programas de intervención multimodal y "comprensión de la hospitalización"). Sin embargo, no pudieron realizar un análisis formal del efecto de estas intervenciones debido a la heterogeneidad de los resultados y diseños de los estudios.

- Un metaanálisis de De Jong (2016) incluyó 13 estudios en los que los autores y las autoras concluyeron que la **PAD-SM**, como las directivas anticipadas y los planes de crisis, reducían significativamente el riesgo de ingreso involuntario en un 23%.
- En 2019, Molyneaux y sus compañeros y compañeras (2019) actualizaron la revisión de De Jong et al. con un metaanálisis de cinco nuevos ECAs que arrojaron resultados similares: una reducción del 25 % en el riesgo de ingresos hospitalarios involuntarios entre quienes recibieron **intervenciones de planificación de crisis** versus atención habitual. Sin embargo, no hubo evidencia de una reducción en los ingresos voluntarios o en el total de ingresos psiquiátricos. En otras palabras, los planes de crisis pueden ayudar a reducir los ingresos involuntarios al alentar a las personas usuarias y/o personal médico a considerar el ingreso voluntario cuando ocurre una crisis. Ambos estudios concluyeron que no había evidencia de que otras intervenciones, como las OTC o el tratamiento integrado, redujeran el número de ingresos obligatorios.
- En línea con Molyneaux y colaboradores (2019), Dahm y su equipo (2017) concluyeron que es probable que el desarrollo de un **plan de emergencia** reduzca el número de ingresos involuntarios entre las personas usuarias a nivel ambulatorio.

Coerción en la atención comunitaria: Órdenes de Tratamiento Comunitario (OTC)

En el análisis se incluyeron seis revisiones centradas en las OTC, y todas ellas se propusieron actualizar la evidencia disponible o examinar su eficacia (Barnett et al., 2018; De Waardt y van der Heijden, 2017; Kisely, 2016; Kisely et al., 2017; Kisely y Hall, 2014; Maughan et al., 2014).

Tres de las revisiones incluyeron un metaanálisis (Barnett et al., 2018; Kisely et al., 2017; Kisely y Hall, 2014) y tres de las revisiones fueron publicadas en 2014, 2016 y 2017 por un

grupo liderado por Steve Kisely, quienes exploraron la eficacia de las OTC en términos de reingresos, días de ingreso hospitalario y funcionamiento social. Dos de las revisiones que contienen un metaanálisis (Kisely et al., 2017; Kisely y Hall, 2014) compartieron métodos, estudios incluidos y hallazgos, y no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento bajo OTC frente al tratamiento sin OTC, en línea con los resultados obtenidos por Maughan y colaboradores (2014). En el mismo sentido, la revisión sistemática y el metaanálisis de Barnett y su grupo (2018), que incluyeron ECAs y ensayos controlados no aleatorios de OTC, no encontraron pruebas claras de la eficacia de las OTC utilizando las mismas medidas de resultado.

En 2016, el grupo de Kisely publicó una revisión sistemática que incluía solo estudios canadienses y concluyó que las OTC podrían reducir los reingresos y la duración de la estancia hospitalaria, aunque subrayaron la necesidad de desarrollar más estudios, en particular ECAs. Por el contrario, la revisión de De Waardt y van der Heijden (2017), que incluyó 105 estudios, sí concluyó que la duración de la estancia hospitalaria y el número de reingresos eran menores en personas bajo OTC, pero la revisión se calificó de baja calidad debido a la falta de una descripción clara de sus métodos.

Coerción informal

Solo una revisión sistemática consideró la coerción informal y tuvo como objetivo determinar su **prevalencia** (Hotzy y Jaeger, 2016). La revisión se consideró de baja calidad y con un riesgo de sesgo poco claro. La mayoría de las publicaciones incluidas se centraron en la "influencia interpersonal" y los "incentivos" como medidas coercitivas informales, aunque también se discutieron la persuasión y la amenaza. Los autores concluyeron que tanto los y las profesionales como las personas usuarias informaron de experiencias frecuentes de coerción informal, con tasas de prevalencia que oscilaban entre el **29% y el 59%.** No se evidenciaron efectos clínicos de la coerción informal.

Coerción general

Dos de los estudios incluidos en esta revisión general se centraron en factores relacionados con el uso de medidas coercitivas en general (Doedens et al., 2020; Rabe et al., 2017) y uno en intervenciones para reducir el uso de medidas coercitivas (Dahm et al., 2017).

Rabe y colaboradores (2017) exploraron los **factores relacionados** con la coerción en población infantil y adolescentes en salud mental y sugirieron que, entre adolescentes, el

género puede desempeñar un papel importante en el uso de medidas coercitivas. Observaron que los resultados de estudios europeos sugerían que las medidas coercitivas se aplicaban con mayor frecuencia entre las niñas al final de la adolescencia, mientras que los estudios realizados fuera de Europa implicaban que se empleaban con mayor frecuencia entre los niños en edad escolar temprana. En cuanto al **diagnóstico** de salud mental, las medidas coercitivas fueron más frecuentes entre niños y adolescentes en la categoría CIE-10(Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) F90-F98 (trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia). Doedens y colaboradores (2020) estudiaron la influencia de las **actitudes y características del personal de enfermería** de los servicios de salud mental de agudos como posibles factores relacionados con las medidas coercitivas. Argumentaron que el género desempeñaba un papel relevante, ya que varios estudios sugirieron que la presencia de enfermeros se asociaba con un mayor uso de medidas coercitivas, mientras que las enfermeras exhibían actitudes más positivas, aunque otros estudios que examinaron no informaron ninguna influencia de género en sus análisis multivariantes (Doedens et al., 2020).

En cuanto a las **intervenciones para reducir la aplicación de medidas coercitivas en general**, Dahm y compañeros y compañeras (2017) estudiaron las empleadas en el contexto de atención a personas usuarias jóvenes con primeros episodios psicóticos. Concluyeron que una **evaluación sistemática del riesgo** de comportamiento agresivo y violento entre las personas ingresadas en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y el **asesoramiento y apoyo brindados al personal de seguridad** pueden reducir el uso de medidas coercitivas. Afirmaron que no se puede determinar si la rehabilitación hospitalaria, a diferencia de los equipos de tratamiento ambulatorio activo o el tratamiento estándar, puede reducir el número de ingresos involuntarios, tratamientos forzosos y el uso de contenciones mecánicas. Entre las medidas empleadas con las personas usuarias listas para ser dadas de alta, no pudieron concluir si los contratos de tratamiento reducían el número de reingresos involuntarios.

3.1.2.3. Experiencias, percepciones y actitudes de los y las profesionales, las personas usuarias de servicios de salud mental y sus cuidadores y familiares hacia la coerción y las medidas coercitivas específicas.

La síntesis temática incluyó 12 revisiones sistemáticas de datos puramente cualitativos y cinco revisiones de datos mixtos (cualitativos y cuantitativos), de las cuales se extrajeron las experiencias de coerción de las personas implicadas; es decir, personas usuarias, profesionales

y cuidadores/familiares. En términos de experiencia, tomamos en consideración todas las percepciones, sentimientos, perspectivas, impresiones y opiniones. Las características, objetivos, calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos en esta categoría y subcategorías se encuentran disponibles en la Tabla 2 del Anexo 2.

Se identificaron un total de seis temas, 12 subtemas y 58 códigos que se detallan en la **Tabla 1.** Cinco temas incluyen las diferentes medidas coercitivas, acerca de las cuales se describieron experiencias y se ordenaron de mayor a menor impacto y en términos de implicaciones para las personas afectadas: aislamiento y contención física y/o mecánica, ingreso involuntario, OTC, coerción informal y coerción en general. Para cada medida coercitiva se enumeraron tanto aspectos positivos como negativos. El sexto tema se refería a los factores que mejoran la experiencia de coerción.

La **experiencia de aislamiento y contención mecánica,** fue frecuentemente descrita por las personas usuarias de servicios de salud mental en términos de sentirse encarceladas, restringidas y limitadas por las normas, abandonadas y vulnerables, despojadas de sus derechos (Akther et al., 2019; Askew et al., 2019; Lindgren et al., 2019; Mellow et al., 2017) y deshumanizadas por la falta de interacción humana y por el aislamiento del resto de la sala (Newton-Howes y Mullen, 2011). Sin embargo, las experiencias de aislamiento fueron ambivalentes; por un lado, las personas usuarias se sentían encerradas y abandonadas, echando de menos el apoyo de la familia y del personal sanitario y deseando libertad, mientras que, por otro lado, se mostraban agradecidas por la sensación de seguridad y refugio (Lindgren et al., 2019). Algunos autores mencionaron la desconexión como una estrategia de afrontamiento de las personas usuarias ante el aislamiento, y subrayaron que, a pesar de todos los efectos negativos de las medidas coercitivas, algunas eran mejor toleradas que otras, como la medicación forzosa o el aislamiento frente a la contención mecánica (Askew et al., 2019).

Respecto a los **ingresos involuntarios**, **las personas usuarias** de los servicios de salud mental manifestaron sentirse marginadas por la falta de comunicación y por el desequilibrio de poder respecto a los y las profesionales y sus cuidadores, lo que impedía el respeto por sus derechos, deseos y preferencias (Stuart et al., 2020; Sugiura et al., 2020), teniendo un impacto directo en su dignidad (Plunkett y Kelly, 2021). Las personas usuarias normalmente se oponían a esta medida y querían ser escuchadas como parte del proceso de toma de decisiones sobre su ingreso y no sentir que se trataba de una medida impuesta. A su vez, los y las profesionales racionalizaron la coerción y consideraron que determinada información no necesitaba ser explicada a las personas usuarias, considerándola una medida adecuada ante

amenazas o daños a terceros, independientemente de la opinión de la familia y de la persona usuaria. En otras ocasiones, los y las profesionales mostraban preocupación y frustración por la dificultad que experimentaban a la hora de coordinarse con la familia. Los cuidadores a menudo describieron sentimientos contradictorios de alivio y angustia o ansiedad acerca de cómo la persona podría afrontar y responder al ingreso, mientras que se sentían responsables y hablaban de la necesidad de hacer un gran esfuerzo para mantener una buena relación con la persona usuaria cuando esta se distanciaba por decisión propia. Además, las familias se sentían frustradas por no participar en la planificación del tratamiento, especialmente cuando se acercaba el alta y necesitaban recibir más información y apoyo del sistema de salud mental (Stuart et al., 2020; Sugiura et al., 2020). No se informaron experiencias positivas para los ingresos involuntarios.

Respecto a las **OTC**, cabe destacar que los y las médicas que trabajan en salud mental comunitaria identificaron ciertos beneficios en su aplicación, como una mayor estabilidad clínica o una mejor calidad de vida, manifestándose en general a favor de este enfoque (Corring et al., 2018; De Waardt y van der Heijden, 2017; Kisely, 2016) y concluían que las OTC son necesarias en determinadas circunstancias. Por otro lado, la disonancia profesional entre su apoyo a un régimen de tratamiento impuesto y los principios de recuperación y atención centrada en la persona provocaba un conflicto de principios y malestar personal entre profesionales, sin olvidar el deterioro asociado de la relación terapéutica (Corring et al., 2018). Los y las cuidadoras y/o familiares también solían estar a favor de esta medida (Kisely, 2016), mientras que las personas usuarias podían mostrarse a favor (De Waardt y van der Heijden, 2017) o ambivalentes hacia ella (Kisely, 2016).

La **coerción informal** es una forma frecuente de coerción, pero solo hallamos una revisión sistemática sobre el tema. Las actitudes de las personas usuarias y profesionales hacia esta forma de coerción fueron positivas cuando se aplicó de acuerdo a diferentes aspectos éticos, como el respeto a la autonomía de la persona usuaria y la transparencia en la comunicación. No concluyeron que los efectos clínicos de la coerción informal fueran evidentes, pero consideraron evaluaciones subjetivas de posibles consecuencias positivas, como una mejor adherencia al tratamiento, la promoción de la estabilidad clínica y la prevención de recaídas. Los posibles efectos adversos incluyeron una mayor estigmatización de los servicios psiquiátricos, el deterioro de la relación terapéutica y el alejamiento de las personas usuarias de la atención de salud mental (Hotzy y Jaeger, 2016).

Los puntos de vista sobre la **coerción en general** por parte del equipo de profesionales de salud mental se expresaron principalmente desde el paradigma de seguridad (las medidas coercitivas son indeseables pero necesarias para la seguridad de la sala), aunque el paradigma terapéutico (las medidas coercitivas tienen efectos positivos o terapéuticos) todavía estaba presente (Doedens et al., 2020; Jackson et al., 2018). Las medidas coercitivas podrían estar asociadas con experiencias positivas o negativas, pero la evidencia sugirió que el impacto fue principalmente negativo y afectó la salud física y mental, al tiempo que perjudicaba significativamente la relación terapéutica (Aguilera-Serrano et al., 2018; Newton-Howes y Mullen, 2011; Pariseau-Legault et al., 2020; Tingleff et al., 2017). Además, los y las profesionales describieron la sensación de que se podrían haber probado intervenciones alternativas antes de aplicar medidas coercitivas, y que el juicio clínico no justifica necesariamente su uso y da lugar a conflictos de rol y tensión emocional (Pariseau-Legault et al., 2020). Entre las experiencias positivas reportadas entre las personas usuarias se encuentran la sensación de sentirse seguros y protegidos (Lindgren et al., 2019; Tingleff et al., 2017), y la percepción de que en ocasiones era necesario cierto nivel de coerción (Plunkett y Kelly, 2021). Plunkett y Kelly (2021) destacaron que la experiencia de las personas usuarias hospitalizadas estaba influenciada por sus interacciones con el personal de salud mental, y enfatizaron que las actitudes negativas de los y las profesionales fueron descritas por las personas usuarias como una fuente de experiencias negativas.

Entre los **factores que mejoraron la percepción y experiencia de coerción en las personas usuarias**, se identificaron aspectos relacionados con la **relación terapéutica** (como las relaciones afectivas y colaborativas), la adecuada comunicación e información proporcionada por las personas usuarias al equipo, la atención a las necesidades humanas básicas (Mellow et al., 2017) y el trato humano y respetuoso (Aguilera-Serrano et al., 2018). En cuanto a los **procedimientos y técnicas**, quedó demostrada la utilidad del *debriefing*, según las personas usuarias, (Aguilera-Serrano et al., 2018) y de cualquier estrategia de desescalada no coercitiva según los y las profesionales (Tingleff et al., 2017). Respecto al **ambiente**, de nuevo las personas usuarias destacaron como relevante la percepción de un ambiente seguro, habitaciones acogedoras y la posibilidad de disponer de sus propias pertenencias (Aguilera-Serrano et al., 2018).

Tabla 1. *Temas, subtemas y códigos derivados del análisis temático en la revisión umbrella.*

Temas	Subtemas	Códigos
Aislamiento y contención física y/o mecánica	*Aspectos positivos*	Sensación de protección y refugio (U)
	Aspectos negativos	Sensación de estar preso, restringido y limitado (U) Sensación de abandono (U) Sensación de vulnerabilidad (U) Sensación de haber sido despojados de sus derechos y dignidad (U) Deshumanización por falta de interacción humana y aislamiento (U) Necesidad de soporte familiar (U) Deseo de libertad (U) Desconexión como estrategia de afrontamiento (U)
Ingreso involuntario	*Aspectos negativos*	Falta de comunicación y desequilibrio de poder entre profesionales, familia y persona usuaria (U) Deseo de ser escuchado y recibir información (U) Oposición a la coerción (U) Afectación de su dignidad (U) No es necesario dar información a las personas usuarias (P) Medida necesaria y beneficiosa para la persona usuaria (P) Las amenazas o daños a terceras personas son criterios de ingreso involuntario independientemente de la opinión de la familia y de la persona usuaria (P) Preocupación y frustración ante la dificultad de coordinación con la familia (P) Sentimientos conflictivos de alivio y angustia/ansiedad por el ingreso (F) Sentido de responsabilidad hacia tu familiar (F) Preocupación por dañar la relación con tu familiar (F) Frustración por no participar en la planificación del tratamiento (F) Deseo de una mayor implicación en los cuidados (F) Falta de información y soporte desde el sistema de salud mental (F)
Órdenes de Tratamiento Comunitario (OTC)	*Aspectos positivos*	Mejoría la estabilidad clínica (P) Mejoría de la calidad de vida (P) Las OTC son necesarios en determinados momentos (P) Médicos y familiares valoran positivamente la aplicación de esta medida (P y F) Usuarios ambivalentes sobre la aplicación de OTC (U)
	Aspectos negativos	Provocan malestar al profesional que lo aplica (P) Dañan la relación terapéutica (P)
Coerción informal	*Aspectos positivos*	Experiencias positivas de coerción informal en personas usuarias y profesionales si se aplica bajo criterios éticos (U y P) Posible mejoría de la adherencia, promoción de la estabilidad clínica y evitación de recaídas (U y P)

(Continúa)

(Continuación)

	Aspectos negativos	Aumento del estigma de los servicios de salud mental (U y P) Deterioro de la relación terapéutica (U y P) Evitación de la búsqueda de ayuda en salud mental (U y P)
Coerción en general	*Aspectos positivos*	Paradigma de seguridad (P) Las medidas coercitivas son indeseables pero necesarias para la seguridad en la sala (P) Sensación de seguridad y protección (U) Algunas medidas son necesarias (U y P) Paradigma terapéutico: las medidas coercitivas tienen efectos terapéuticos (P)
	Aspectos negativos	Efectos nocivos sobre la salud física (excepto coerción informal) y mental (U y P) La coerción influye negativamente en la persona usuaria (P) Daña a la relación terapéutica (U y P) Sensación de que se podrían haber intentado intervenciones alternativas previas (P) El juicio clínico no justifica tal medida (P) Conflicto de roles (P)
Factores que mejoran la percepción de coerción	*Relación terapéutica*	Relaciones afectuosas (U) Relaciones de colaboración (U) Habilidades comunicativas (U) Información (U) Atención a las necesidades básicas humanas (U) Trato humano y respetuoso (U)
	Procedimientos y técnicas	*Debriefing* (U) Desescalada y estrategias no coercitivas (P)
	Ambiente	Ambiente seguro (U) Habitaciones acogedoras (U) Posibilidad de guardar pertenencias (U)

U: vivencia o percepción de las personas usuarias.

P: vivencia o percepción de los y las profesionales de servicios de salud mental.

F: vivencia o percepción de los familiares o cuidadores principales.

3.2. PARTE 2. Estudio cualitativo para conocer las vivencias de coerción en profesionales de enfermería de la UME.

3.2.1. Metodología.

3.2.1.1. Diseño.

Dado que el propósito era describir la percepción de la coerción desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, nos orientamos hacia un diseño descriptivo cualitativo genérico con matices fenomenológicos (Sandelowski, 2000), utilizando entrevistas semiestructuradas como medio de recogida de datos. Los métodos y resultados de este estudio se presentan de acuerdo con la lista de comprobación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong et al., 2007).

3.2.1.2. Participantes y contexto.

La población de estudio era el personal de enfermería de la UME del Hospital Padre Jofré, en Valencia, España. De 36 participantes potenciales, finalmente se incluyeron 28, ya que cinco no cumplían con los criterios de inclusión y tres declinaron la invitación. Estos criterios de inclusión eran tener al menos seis meses de experiencia trabajando como enfermero/a o Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la UME, ser capaces de comunicarse en español o valenciano, voluntad de participar y firmar el consentimiento informado. No hubo criterios de exclusión.

El Hospital Padre Jofré abrió sus puertas en octubre de 2005 y ofrece atención ambulatoria en el Hospital de Día (HD) y atención hospitalaria en la UME para rehabilitación psiquiátrica. Esta unidad consta de dos salas, cada una con 25 camas. En cada unidad hay un equipo interdisciplinar compuesto por ocho enfermeros/as, 10 TCAEs, una psicóloga, un trabajador social, dos psiquiatras y dos terapeutas ocupacionales.

La UME es un recurso sanitario para personas adultas que, tras uno o varios ingresos psiquiátricos agudos, se cree que pueden beneficiarse de una estancia más prolongada de cuatro a seis meses para aplicar un programa de rehabilitación integral e individualizado, o para quienes presentan trastornos resistentes al tratamiento que superan el ámbito de la asistencia ambulatoria. El objetivo principal de esta estrategia clínica es que las personas ingresadas encuentren su propósito en la vida y lo consigan, recuperando el mayor grado

posible de autonomía, integrándolas en su entorno social y aumentando su satisfacción personal y su calidad de vida (Dalton-Locke et al., 2021).

Durante la recogida de datos, la unidad pasó de ser una unidad de puertas cerradas a una unidad de puertas abiertas, aunque esto no se reguló formalmente y, a día de hoy, las puertas vuelven a estar físicamente cerradas, pero las personas usuarias pueden moverse libremente por las instalaciones. En los últimos años, la atención en la UME se ha alejado de las medidas coercitivas, pero todavía se utilizan algunas prácticas restrictivas como los ingresos involuntarios y los tratamientos forzosos. También se fomenta que los ingresos sean voluntarios y, si no lo son, se reevalúa constantemente la situación para que la medida dure lo menos posible. Se intenta obtener el consentimiento de la persona usuaria antes de cualquier administración de fármacos, recurriendo muy raramente a la inmovilización (únicamente en situaciones de riesgo extremo para la seguridad) y nunca se aísla a las personas.

3.2.1.3. Procedimiento y recolección de datos.

Antes de iniciar la recogida de datos, se organizó una sesión clínica para presentar el protocolo del estudio al personal de enfermería de la UME del Hospital Padre Jofré. En esta sesión, se proporcionó toda la información sobre el diseño del estudio, se invitó al personal a hacer preguntas y se le invitó a participar si cumplía los criterios de inclusión. Todos los miembros del equipo que cumplían los criterios de inclusión y que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado y posteriormente fueron entrevistados. Los que no se ofrecieron a participar no dieron sus razones.

Para facilitar la participación, se concertaron entrevistas con cada participante a su conveniencia y cada persona entrevistada cumplimentó de forma independiente un cuestionario de datos sociodemográficos, que incluía la edad, la profesión (enfermero/a o TCAE) y la experiencia en la unidad en años trabajados. En las cuatro primeras entrevistas, las dos investigadoras estuvieron presentes para estandarizar la forma de realizar las entrevistas. La investigadora de más experiencia en el ámbito guio las dos primeras entrevistas mientras la segunda investigadora estaba presente, y posteriormente al revés para verificar que la recogida de datos se haría según los estándares. Cuando fue necesario, se tomaron notas de campo para relacionar el uso del lenguaje no verbal con el silencio o determinadas expresiones verbales.

Las entrevistas se realizaron entre el 10 de marzo de 2020 y el 23 de diciembre de 2020, pero dadas las restricciones anunciadas como consecuencia de la pandemia del COVID-19 el funcionamiento de la unidad se vio afectado y no se realizaron entrevistas entre mediados de marzo y julio de 2020.

Todas las entrevistas se grabaron después de que cada participante leyera la hoja informativa, aceptara participar y firmara el consentimiento informado, y tuvieron una duración de entre 25 y 45 minutos, incluyendo la explicación inicial del objetivo de la entrevista, la entrevista propiamente dicha y el cierre. Las entrevistas se anonimizaron con un código numérico de dos cifras que se correspondía con el orden de participación. El cuestionario de datos sociodemográficos y las notas tomadas durante cada entrevista se guardaron juntos para evitar el extravío de información. Las entrevistas semiestructuradas se basaron en un guion (**Anexo 12a**) previamente diseñado y discutido por ambas autoras tras elaborar la revisión *umbrella* (parte 1) y teniendo en cuenta los objetivos fijados. Las preguntas abiertas invitaban a los y las participantes a describir sus opiniones sobre lo que es una buena atención en la UME y su conocimiento, percepción y vivencia de la coerción. Si se consideraba necesario permitir a las personas participantes aclarar sus respuestas o explorar un aspecto relevante, se formulaban preguntas adicionales. Si algún miembro del equipo no sabía qué era la coerción, se le daba una definición básica para poder seguir explorando este fenómeno.

La saturación de los datos se determinó cuando tres entrevistas consecutivas no aportaron nueva información, lo que ocurrió tras la entrevista 26. No obstante, se incluyeron las 28 entrevistas en el análisis de datos. Las entrevistas se llevaron a cabo en el hospital, en salas de reuniones disponibles en ese momento y que ofrecían estímulos externos reducidos, es decir, silencio, una temperatura agradable y sin la presencia de otras personas. Las entrevistadoras crearon un ambiente de confianza y confidencialidad con una actitud asertiva, respetuosa y abierta, y se esforzaron en todo momento por favorecer la comunicación con la persona entrevistada.

3.2.1.4. Análisis de datos.

Las entrevistas se transcribieron literalmente y se mantuvieron identificadas en todo momento con su código correspondiente para mantener la confidencialidad. Los datos se analizaron mediante **análisis de contenido inductivo** (Graneheim y Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020; Im et al., 2023). El preanálisis se llevó a cabo mediante varias lecturas independientes de las entrevistas por parte de ambas investigadoras

para obtener una comprensión en profundidad de su contenido. El análisis se realizó en tres fases consecutivas. En primer lugar, se llevó a cabo una codificación abierta, durante la cual las investigadoras releyeron las transcripciones de forma independiente y seleccionaron párrafos, frases o palabras relacionadas con el tema de estudio asignándoles códigos. A continuación, cada autora agrupó independientemente dichos códigos en categorías, subtemas y temas. Por último, mediante un proceso interpretativo en reuniones de equipo, se pusieron en común ambas clasificaciones y se debatieron, acordándose los códigos finales y la clasificación definitiva de los temas, subtemas y categorías. El análisis de contenido se apoyó en el programa informático ATLAS.ti, versión 9.0 (*Scientific Software Development GmbH*).

3.2.1.5. Consideraciones éticas.

Esta tesis se realizó siguiendo los principios éticos para la investigación médica en seres humanos descritos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Médica (CEIM: 127/19) (**Anexo 13**) del Hospital Dr. Peset, el cual ejerce su función también en el Hospital Padre Jofré, así como por el director médico del hospital y los supervisores del personal de enfermería en funciones en ese momento.

Se informó al personal de enfermería del servicio de que su colaboración era totalmente voluntaria y de que toda la información sería tratada de manera confidencial. Previamente, se les había proporcionado la información por escrito y firmaron un documento de consentimiento informado.

3.2.2. Resultados.

De las 28 personas participantes, 27 eran mujeres y 13 eran enfermeras. El único hombre que participó no será identificado para mantener su confidencialidad. La edad media fue de 51,53 años (desviación típica 9,58), dentro de un rango de 23 a 64 años. La experiencia profesional media en la unidad era de 6,47 años (desviación típica 5,33), con un rango de seis meses a 15 años (es decir, desde la apertura del hospital). Las principales características sociodemográficas del y las participantes se describen en la **Tabla 2.**

Tabla 2. *Características sociodemográficas de los y las profesionales participantes.*

Número de identificación	Edad	Profesión	Años trabajando en el servicio
1	39	Enfermera	0,5
2	57	TCAE	2
3	58	TCAE	15
4	49	TCAE	5
5	34	Enfermera	3
6	57	TCAE	2
7	57	TCAE	11
8	48	Enfermera	5
9	46	TCAE	4
10	56	Enfermera	15
11	45	TCAE	4
12	56	Enfermera	4
13	56	TCAE	6
14	57	TCAE	15
15	57	TCAE	7
16	58	TCAE	15
17	63	Enfermera	9
18	52	TCAE	2
19	39	Enfermera	1
20	57	Enfermera	0,5
21	64	TCAE	15
22	23	Enfermera	0,5
23	56	TCAE	0,66
24	55	Enfermera	1
25	58	Enfermera	4
26	56	TCAE	11
27	54	Enfermera	10
28	36	Enfermera	13

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Mediante el análisis de contenido se identificaron 1248 citas, que se agruparon en 334 códigos. La mayor parte de esta información se refería a la descripción del contexto y el funcionamiento de la unidad en la que se llevó a cabo la investigación. Por este motivo, únicamente se analizaron en profundidad los **54 códigos** que se correspondían con los objetivos y se clasificaron en **14 categorías, ocho subtemas y dos temas: relación terapéutica y coerción.** Estos dos temas son relevantes porque las interpretaciones del personal de enfermería sobre los buenos cuidados podrían reflejar sus posturas ante el modelo biomédico y las actitudes paternalistas, que pueden relacionarse a su vez con sus opiniones y vivencias sobre la coerción. Esta estructura se describe con más detalle en la **Tabla 3.**

Tabla 3. *Temas, subtemas, categorías y códigos de las entrevistas a profesionales de enfermería.*

Temas	Subtemas	Categorías	Códigos
Tema 1. Relación terapéutica y trato en la UME.	*Cualidades personales y profesionales del construir una relación terapéutica óptima*	Habilidades y características personales.	Empatía Paciencia Cercanía Determinación Coherencia Autocontrol Trato igualitario
		Competencia profesional	Habilidades de comunicación Conocimientos sobre salud mental Capacidad de acompañar a la persona en su toma de decisiones Conocer a la persona y su trayectoria clínica. Capacidad para crear un entorno terapéutico y seguro. Respeto
	Percepciones sobre las personas ingresadas en la UME	Percepciones negativas o estigmatizantes	No estructurada Baja autoestima Indefensa Manipuladora y exigente Creen que siempre tienen razón Descuidada Desmotivada Sin habilidades para afrontar el estrés
		Descripciones positivas	Agradecida Digno de respeto como cualquier otra persona Personas que encuentran refugio en la unidad La experiencia mejora la percepción de los y las profesionales hacia las personas ingresadas
	Percepción de la relación terapéutica actual y del trato proporcionado en la UME	Mala praxis ocasional	Favoritismo Actitudes estigmatizantes de los y las profesionales Paternalismo Abuso de poder
		Trato adecuado	La relación terapéutica es muy buena
Tema 2. Coerción en la UME.	*Conocimiento de los y las profesionales*		No sé qué es la coerción Definiciones de coerción
	Aspectos generales	Desencadenantes	Comportamiento agitado Riesgo de autolesión Riesgo de dañar a otros

(Continúa)

(Continuación)

		Justificación	Por el bien de las personas usuarias Las acciones de las personas usuarias deben tener consecuencias Medidas coercitivas como protección contra las autolesiones
		Uso de medidas coercitivas en las UME	La coerción no es frecuente en la UME Razones por las que se ha reducido el uso de la contención mecánica Política de puertas abiertas
	Impacto emocional de la coerción		La coerción tiene un impacto emocional en los y las profesionales
	Opiniones	A favor	La libertad de las personas usuarias se percibe como negativa Las medidas coercitivas son positivas La coerción es aceptable en salud mental
		En contra	Ciertas medidas coercitivas son evitables La coerción como última opción La coerción está desfasada
	Alternativas	Desescalada verbal	El manejo verbal es efectivo El manejo verbal requiere de esfuerzo y tiempo El manejo verbal es satisfactorio
		Formación y conocimiento	La formación y el conocimiento ayudan a evitar la coacción
		Otras	Una buena relación terapéutica reduce la necesidad de coerción No debería haber ingresos involuntarios en la UME

3.2.2.1. Tema 1. Relación terapéutica y trato en la UME.

Las participantes (se hablará de ellas en femenino ya que fueron el 96,4% de la muestra) destacaron la importancia de la relación terapéutica en el ámbito de la salud mental. Se identificaron tres subtemas: cualidades personales y profesionales del personal requeridas para una relación terapéutica óptima, percepciones sobre las personas ingresadas en la unidad y opiniones sobre la relación terapéutica actual (en el momento de la recogida de datos) y el trato proporcionado en la UME.

Cuando se les preguntó acerca de las **cualidades del personal que son esenciales para brindar un buen cuidado o atención y un buen trato**, las participantes describieron tanto las habilidades y las características personales como la competencia profesional:

> *P8: En el tiempo que llevo trabajando en salud mental me he dado cuenta de que el paciente hace una gran diferencia cuando es bien tratado, que se resume en ser tratado amablemente y con respeto. No tienes que hacer florituras ni darle la razón en todo, ni hacerle una reverencia, simplemente tratarlo como una persona, y eso marca una enorme diferencia.*

En cuanto a las habilidades y características personales, la empatía, la paciencia y la cercanía fueron las más mencionadas.

> *P18: Bueno, ser una persona empática, comprensiva, generosa y, sobre todo, ser capaz de ponerse en el lugar del paciente y comprenderle.*

> *P22: Principalmente empatía, mucha empatía, ya que a veces no se comprende bien a los usuarios.*

> *P5: Paciencia, porque hay momentos que te sacan de quicio, otros que no sabes cómo abordarlos, así que mucha paciencia…*

> *P1: Trabajando con ellos desde la cercanía y no desde la distancia, que es como se abren, no desde detrás de un mostrador o una mesa…*

Y, en cuanto a las competencias profesionales, las más citadas y esenciales fueron las habilidades comunicativas y la formación y conocimientos sobre salud mental.

> *P1: Escuchándolos mucho. Agradecen mucho que los escuchen y que además se sientan escuchados, escucha activa…*

> *P6: Conocimiento, por supuesto. Si trabajas aquí y, como en mi caso, no tienes preparación, se te escapan muchas situaciones… debes conocer la especialidad para gestionar mejor las situaciones.*

También, se agruparon las **percepciones y opiniones de los y las profesionales sobre las personas a las que cuidan en la unidad**. En ocasiones, las participantes expresaron percepciones negativas o estigmatizantes sobre las personas usuarias del servicio; por ejemplo, que eran personas desestructuradas, con muy baja autoestima, indefensas, manipuladoras o exigentes por naturaleza.

> *P3: Darles una estructura, porque están desestructurados.*

P18: …es un paciente que demanda mucho y siempre lo mismo…

P19: A veces están perdidos...

P26: El paciente psiquiátrico es manipulador por naturaleza, no es que tenga malas intenciones, es por su enfermedad.

En contraposición, también hubo descripciones positivas. Por ejemplo, algunas participantes consideraron agradecidas a las personas que cuidan, destacando que poseen los mismos derechos que cualquier otra persona y que son personas de las que aprender, rompiendo así estigmas preexistentes gracias al contacto real y la vivencia con las personas usuarias del servicio.

P8: Son personas increíblemente agradecidas; les das poco, y creen que les has dado el mundo, y quizás ahí hay un punto medio, donde lo que les ofrecemos está bien y, sobre todo, lo agradecen y lo valoran.

P23: Es muy bonito trabajar con ellos, aprendes mucho, aprendes muchas cosas que no ves si no estás aquí, de las personas con esta enfermedad… Es una experiencia muy bonita que no había tenido en ningún otro hospital y me ha gustado.

Las **percepciones de las profesionales sobre la relación terapéutica y el trato en la UME** incluyeron la detección de actitudes o comportamientos hacia las personas usuarias del servicio que consideraban representativos de una mala praxis ocasional, y que iban desde el favoritismo, el estigma y el paternalismo hasta el abuso. La mayoría de las participantes calificaron estas actitudes y comportamientos como potenciales desencadenantes de un empeoramiento de la condición clínica de las personas usuarias del servicio. Algunos ejemplos se describen a continuación:

P17: Realmente empatizas más con algunas personas y, por eso, a veces las tratas diferente.

P6: Al principio, pues lógicamente tuve miedo porque no conozco al paciente, no sabía cómo iba a reaccionar, porque había oído cosas como "es que son agresivos y a lo mejor te pegan".

P2: Esa costumbre que tenemos de regañarles como si fueran niños pequeños, continuamente "ahora vístete, toma esto, haz esto…". Como si estuviéramos hablando con nuestros hijos pequeños, infantilizando el cuidado completamente.

P9: Somos como sus hermanos mayores o como sus papás y sus mamás. Con algunos de ellos hay mucha cercanía, demasiada, pero vamos que en mi caso no me importa.

P27: Creo que esto nos lo tomamos a veces como que somos aquí la autoridad. Entonces es un poco como "tienes que hacer lo que yo digo, porque yo lo digo y soy yo quien lleva el uniforme blanco".

Todas las participantes describieron la relación terapéutica como cercana y positiva, salvo situaciones excepcionales en las que se produjo un mal trato, informando que estas habían sido puntuales y provocadas por la contratransferencia[5].

P11: En general, la relación terapéutica es buena, positiva, pero mientras la mayoría de los profesionales actúan guiados por el sentido común y la lógica, algunos les tratan como si fueran niños pequeños...

P22: Si el profesional sanitario está interesado en la mejora del paciente, que creo que aquí la mayoría de la gente lo está, y el paciente está interesado en mejorar, en la mayoría de los casos se mantiene una relación terapéutica muy buena.

P28: Vi una mala actuación profesional y lo notifiqué. Ya se había identificado una mala relación entre ese paciente y la profesional, y creo que eso no ayudó... Creo que en ese caso influyó la mala relación terapéutica y que la situación se podría haber manejado de otra manera.

3.2.2.2. Tema 2. Coerción en la UME.

Este tema contiene cinco subtemas, ocho categorías y 24 códigos.

Uno de los subtemas fue el **conocimiento de las profesionales sobre la coerción**. El 35,7% de las participantes, es decir, 10 personas (seis TCAEs y cuatro enfermeras) dijeron que nunca habían oído hablar de ella o no sabían qué era, seis lo relacionaron con coacción o restricción y el resto proporcionó diferentes definiciones de su idea de coerción, de las cuales se citan algunos ejemplos a continuación:

P16: Coerción es cuando presionas a una persona en contra de su criterio, intentas manejar su conducta.

[5] En el psicoanálisis, conjunto de reacciones afectivas conscientes o inconscientes del psicoanalista hacia ciertos sentimientos del paciente [Real Academia Española (RAE), 2023]. En este caso, de la profesional de enfermería hacia la persona usuaria.

P8: La coerción sería intentar impedir que el paciente realice determinadas conductas utilizando una serie de recursos, desde las palabras hasta más allá, incluso la contención, farmacológica o mecánica…

P22: Para mí, coerción es cualquier acto que al final vulnere los derechos de una persona.

El segundo subtema fueron ciertos **aspectos generales sobre la coerción**, como los desencadenantes de la aplicación de medidas coercitivas, su justificación y el uso actual de la coerción en la UME. El comportamiento agitado, el riesgo de autolesión y el posible daño a otras personas se describieron como desencadenantes comunes del uso de medidas coercitivas formales.

P6: Alguna vez han volado mesas, han volado sillas y se les ha tenido que pinchar.

P14: Cuando alguien dice "me quiero tirar por la ventana", o empieza a romper cosas, o está muy psicótico y fuera de control, normalmente se aplica alguna medida coercitiva.

P15: Aquí tienes que sujetarlo para que no haga daño a nadie o para que no se haga daño a sí mismo.

Las profesionales explicaron que las medidas coercitivas eran desencadenadas por conductas que podían dañar a la persona o a otros, y que eso justificaba su uso. Aunque también, algunas participantes mencionaron otras justificaciones, como concienciar a las personas usuarias del servicio de que sus acciones tienen consecuencias y, la más referida, que era por el bien de la persona.

P9: En los casos extremos son necesarias. Me sabe mal por el paciente, pero reconozco que si no se le sujeta se autolesiona, entonces es necesaria. No es lo más indicado, pero sí que es necesario.

P3: Antes era no cumples estas normas pues no sales, tus actos traen una consecuencia, si cumples todo fenomenal si no cumples no.

P5: Muchas veces los pacientes eso no lo entienden, que es para protegerles…. Le intentábamos explicar que era por su bien, para que se tranquilizase, pero no lo encajaba muy bien.

P4: "Bendito" es el ingreso involuntario si es por su bien. Obligar a alguien a hacer algo… no está bien (pausa)… pero si es por su bien, pues vale.

En cuanto a la situación actual de la UME, las profesionales con más experiencia trabajando en la unidad (más de cinco años) coincidieron en que la coerción era más común años atrás y que ahora las medidas coercitivas se aplican exclusivamente cuando no queda otra opción. Algunas de las participantes se centraron en el uso de contenciones mecánicas.

> *P15: Ahora… bueno… me imagino que los pacientes no han cambiado; los pacientes son los mismos, tiene más que ver con nuestra comprensión de la psiquiatría, porque está evolucionando para mejor, hay una escucha más activa y los usuarios del servicio son abordados de otra manera.*

> *P28: De entrada, no creo que sea una medida que se adopte mucho aquí, por lo que veo; tampoco lo puedo comparar mucho, de hecho, es algo que todos, creo, intentamos evitar y no veo que sea una medida que se use mucho.*

> *P01: Aquí, gracias a Dios, rara vez se recurre a la contención mecánica... Creo que aquí no se suele llegar a ese extremo, y cuando se aplica la contención mecánica, está justificada.*

Una participante explicó que notaba una gran diferencia entre la coacción anterior y la libertad actual.

> *P26: Las reglas de esta unidad son ahora demasiado flexibles.*

Además, en los meses durante los cuales se realizó la recolección de datos, la UME adoptó una política de puertas abiertas con la apertura física de la puerta de la sala desde las 8.30 a las 20 horas, lo que provocó reacciones polarizadas entre el personal. Unas personas estaban claramente a favor y otras en contra. Algunas participantes consideraron que la medida era factible si se aumentaba la vigilancia o el personal de seguridad.

> *P6: Pensé que iba a ser un tema más polémico, pero a mí la verdad que tener la puerta abierta no me da ninguna intranquilidad. Me parecía una burrada… pero la verdad es que de momento estoy bastante tranquila. Lo estoy llevando bien.*

> *P24: A mí me parece muy arriesgada la idea de que puedan entrar, salir… que ni siquiera sabes dónde están ni dónde pueden estar, pero por otro lado no ha salido mal… Entonces… bueno… pero, veo mucho extremo de tanta coerción antes a ahora esto.*

> *P26: Es una temeridad dejar las puertas abiertas; es una imprudencia no solo porque nuestras pertenencias personales están en peligro, sino porque los pacientes podrían entrar al puesto de enfermería e ingerir medicación, o cualquier cosa… Creo que es inaceptable dejar las puertas abiertas.*

P25: Pero tiene que haber un vigilante o uno de nosotros, o quien sea, porque si no hay nadie no sabes quién entra y quién sale.

P27: Dejar las puertas abiertas disminuye la capacidad de observación del profesional e invalida a las TCAEs que tienen que buscarlos como pastores... a lo mejor estás buscando a un paciente para que entre a un taller, si quiere entrar, y tienes que buscarlo hasta en las consultas o comprobar si ha subido a la habitación porque la puerta está abierta... es terrible.

El tercer subtema fue el **impacto emocional de la coerción**. Las profesionales comentaron vivencias desagradables, con impacto emocional negativo al aplicar o presenciar dos medidas coercitivas formales precisas, la contención mecánica y la medicación forzosa. Pero, ninguna participante expresó impacto emocional relacionado con el uso de medidas coercitivas informales.

P10: La sujeción es muy dura, para la persona, pero también para el profesional que la hace. Es muy duro tener que sujetar a una persona. Me ha tocado hacerlo varias veces e incluso he tenido que dar sesiones para enseñar la técnica y de verdad que es muy duro.

P19: Me pasó dos veces, al principio de mi contrato, y me sentí mal por el paciente. Al final es algo violento, pero a veces ves que el paciente también es muy agresivo… pero te resulta molesto e incómodo.

El cuarto subtema fueron las **opiniones o puntos de vista sobre la coerción,** que se dividieron entre a favor y en contra. Las opiniones que apoyaban la coerción incluían aquellas en las que la libertad de las personas usuarias se percibía como negativa y la coerción se describía como una medida prescrita positiva o se consideraba normalizada en el contexto de la atención psiquiátrica. En cambio, cuando las opiniones consideraban que las medidas coercitivas eran evitables, obsoletas y la última opción a emplear, se las clasificó como contrarias a la coerción.

P8: En el tiempo que llevo trabajando en salud mental, he conocido a muchos profesionales y cada uno tiene su estilo... algunos son totalmente anti-coerción donde no se puede decir nada al usuario, eso sería un extremo. Otros, bueno... recuerdo a un psiquiatra que solía decir, "o haces esto, o te ato", así que hay dos extremos.

P5: Alguna vez, pero siempre antes de llegar a estos extremos hay que intentarlo verbalmente, pero sí pienso que a veces pueden ser positivas para que una persona no se lesione.

P21: Eso [la contención mecánica] es una medida positiva porque es necesaria en ese momento… no se puede dejar que una persona se haga daño. No tienen el control ni la lucidez en ese momento, por el motivo que sea, y no puedes permitir que se lesione.

P14: Pienso que sujetar a alguien ha de ser lo último porque le estás restando libertad y eso no se puede tolerar.

P22: Creo que la contención mecánica se puede evitar la mayoría de las veces. Hay casos que ya sea por la patología o por la persona no queda otra opción, pero creo que el 99% de estas situaciones extremas se pueden evitar.

P8: En este hospital, lo que intentamos es diálogo, diálogo, diálogo, y si no funciona, medicación. Me alegro de no haber tenido que utilizar nunca la contención mecánica aquí, porque es la última opción.

P20: Quizá ya esté obsoleto. Creo que se pueden hacer otras cosas.

El quinto subtema fue el de las **alternativas a la coerción**. Las profesionales mencionaron la desescalada verbal como primera opción para gestionar el conflicto y reducir la necesidad de coerción, seguida de la formación y el conocimiento del personal, una buena relación terapéutica y la necesidad de ingresos voluntarios en la UME.

P16: Es cierto que [la desescalada] resulta agotadora para el trabajador, pero también es cierto que funciona, y en ocasiones evita la necesidad de contención farmacológica. Lo que pasa es que te puede llevar horas… Reconozco que es muy agotador, pero creo que es una de las cosas que más te enriquece cuando sale bien. Eso es lo que más te aporta como profesional.

P17: También hay veces que la coerción se aplica por falta de comprensión al paciente, entonces ves que, bueno, has estado hablando un ratito con él, pero a lo mejor necesitarías estar más preparado para contener verbalmente esa situación.

P6: La actitud nuestra es fundamental también para ellos, como tú los trates ellos también reaccionan, si tú los tratas mal, ellos enseguida pasan de cero a cien en un momento, la reacción de ellos va a ser ponerse peor. Depende muchísimo de cómo los trates.

P20: Yo creo que, si hay buena relación y buena comunicación, al final no necesitarás ninguna medida coercitiva, ni mecánica ni verbal, ni ninguna otra cosa.

P27: Crear un ambiente terapéutico influye y beneficia mucho la relación entre el usuario y el personal, y es factible… no todo se soluciona con pastillas. Si logras crear ese vínculo y esa persona llega a contarte lo que le pasa, entonces podrás ayudarla sin medicación.

P2: Una unidad como esta solo debería recibir a personas que ingresan voluntariamente.

P27: Por eso también es muy importante el ingreso voluntario; una persona admitida voluntariamente, porque obligar a alguien a estar aquí no es una buena idea.…

Las conexiones entre las interpretaciones de las participantes sobre la relación terapéutica y sus puntos de vista sobre la coerción se reflejan en estas citas. Algunas personas, como P8 o P22 (ambas enfermeras), describieron la empatía y la cercanía como características del personal para construir la relación terapéutica ideal y proporcionaron descripciones positivas de las personas usuarias, tan dignas de respeto como cualquier otra. Pudieron definir la coerción y describieron actitudes en contra del uso de medidas coercitivas, considerándolas la última opción. Por el contrario, otras participantes, como P26 (TCAE), se centraron en la paciencia, la determinación y el autocontrol como características del personal para construir una relación terapéutica ideal. Describieron la percepción de las personas usuarias como personas exigentes y manipuladoras que creen que siempre tienen la razón y estas opiniones podrían reflejarse en la práctica de paternalismo o abuso y actitudes positivas hacia el uso de medidas coercitivas. Estos ejemplos concretos sugieren que las enfermeras tienen una visión más crítica hacia la coerción y que las TCAEs validan más su aplicación. Respecto al sexo, no se pudieron obtener correlaciones ya que solo hubo un participante varón.

3.3. PARTE 3. Estudio mixto para conocer las experiencias y vivencias de coerción en personas usuarias ingresadas en la UME.

3.3.1. Metodología.

3.3.1.1. Diseño.

Se trata de un estudio exploratorio secuencial de **métodos mixtos** que consta de componentes cualitativos y cuantitativos. A través de entrevistas semiestructuradas a personas usuarias de la UME se recogieron datos cualitativos para explorar su vivencia de trato y coerción hasta alcanzar la saturación de datos. Para profundizar en el análisis de sus experiencias con un enfoque explicativo, se recogieron datos cuantitativos para medir la percepción de coacción a través de una escala de coerción (Creswell y Plano Clark, 2017).

Nuestro objetivo de describir la percepción de la coerción desde el punto de vista de cada participante y construir una perspectiva colectiva nos llevó hacia un diseño descriptivo cualitativo genérico con matices fenomenológicos (Sandelowski, 2000).

Los métodos y resultados del estudio se presentan en consonancia con la lista de verificación COREQ para la presentación de informes de estudios cualitativos (Tong et al., 2007) y con las directrices *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) para datos cuantitativos (Von Elm et al., 2007).

3.3.1.2. Participantes y contexto.

La población a estudio estuvo constituida por las personas usuarias hospitalizadas en la UME del Hospital Padre Jofré, en Valencia, España. Se empleó un muestreo intencional o de conveniencia, mediante el cual se incluyó consecutivamente a las personas que cumplían los criterios de selección hasta la saturación de datos. Los criterios de inclusión definidos fueron: personas ingresadas en la UME durante al menos tres meses, comprensión del concepto del estudio, participación voluntaria y firma del consentimiento informado, y comunicación competente en español o valenciano. No se establecieron criterios de exclusión.

En cuanto al contexto, es el mismo descrito que para el estudio cualitativo sobre las vivencias de coerción en profesionales de enfermería de la UME, parte 2 páginas 97-98.

3.3.1.3. Procedimiento y recolección de datos.

Inicialmente, una de las autoras que conocía de antemano a las personas usuarias, explicó el estudio y sus implicaciones a cada posible participante que se encontrase próxima al alta y cumpliera los criterios de inclusión. A cada persona dispuesta a participar en el estudio se le entregó una hoja informativa y un formulario de consentimiento informado.

Para facilitar la colaboración, se acordó con cada persona usuaria un momento adecuado para la entrevista y la cumplimentación de la escala de coerción. Tras aceptar participar en el estudio, la primera investigadora recopiló los datos sociodemográficos y clínicos y cotejó la información clínica proporcionada por el individuo con sus registros médicos de la UME. Mientras cada persona usuaria cumplimentaba el cuestionario de coerción, autoadministrado, la investigadora estuvo presente para responder a cualquier duda sobre los ítems. Si alguien no estaba familiarizado con el concepto de coerción antes de completar el cuestionario o realizar la entrevista, se le facilitaba una definición.

Para el componente cualitativo del estudio, se reclutaron participantes hasta alcanzar la saturación de los datos, lo que ocurrió después de 20 entrevistas, llegando a invitar a un total de 26 personas de las cuales seis declinaron ser entrevistadas, al denegar el consentimiento requerido para la grabación de audio durante la entrevista. El reclutamiento para el componente cuantitativo del estudio se desarrolló durante tres años. Después de este periodo, las autoras decidieron trabajar con un tamaño de muestra de 75 participantes con el fin de evitar cambios significativos en la forma de brindar atención en una unidad a lo largo del tiempo y en función de la gestión de la misma.

Para garantizar la identificación y el anonimato, a cada participante se le asignó un código único que consistía en la fecha de recopilación de datos y el orden secuencial de participación. La recogida de datos cualitativos tuvo lugar entre marzo y diciembre de 2020 (simultáneamente a la recogida de datos de la parte 2 del estudio), y la de datos cuantitativos entre marzo de 2020 y mayo de 2023. Las restricciones debidas a la pandemia de COVID-19 afectaron al funcionamiento y la normativa de la unidad, por lo que no se recogieron datos entre mediados de marzo y julio de 2020.

Recogida de datos cualitativos

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada partió del mismo guion de preguntas abiertas diseñado y discutido por las autoras para las entrevistas a los y las profesionales de la UME y se siguió el mismo procedimiento, aunque esta vez se incluyeron preguntas directas sobre experiencias propias (**Anexo 12b**). La primera entrevista se realizó el 10 de marzo de 2020 y la última el 23 de diciembre de 2020. Todas las entrevistas se grabaron en audio.

Cada participante podía expresar sus opiniones, aclarar sus respuestas e incluso desviarse de la pregunta inicial si la entrevistadora consideraba que la información en cuestión merecía ser explorada, pero en ningún momento resultó necesario añadir preguntas al guion inicial. La saturación de los datos se determinó cuando al menos dos entrevistas consecutivas no aportaron nueva información, lo que ocurrió en las entrevistas 18 a 20. Las entrevistas se realizaron en las mismas salas que para el estudio de profesionales y bajo las mismas condiciones. Estas entrevistas también duraron entre 25 y 45 minutos, incluyendo la explicación inicial del objetivo de la entrevista, la entrevista propiamente dicha y el cierre.

Recogida de datos cuantitativos

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas y clínicas de cada participante: edad (en años), sexo, meses de ingreso en la UME, ingreso previo en la UME (sí o no), nacionalidad (pregunta abierta), estado civil (soltero, casado o en pareja, o divorciado), forma de convivencia (con su familia de origen, con su propia familia, vive solo, sin hogar, comparte piso, unidad de cuidados crónicos, vivienda tutelada), situación laboral (desempleado, incapacidad laboral transitoria, incapacidad laboral permanente, trabaja o estudia), nivel de estudios (estudios terminados: ninguno, educación obligatoria, educación media, educación superior), diagnóstico psiquiátrico principal (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, patología dual, trastorno bipolar, depresión, otros), tiempo de diagnóstico (años desde el diagnóstico psiquiátrico) e ingresos previos en unidades psiquiátricas de agudos (número de ingresos). También se registraron las puntuaciones derivadas de la experiencia de coerción medida a través de la CES-18.

Instrumentos

Escala de Experiencia de Coerción, en su versión corta en español (CES-18)

Entre los instrumentos disponibles para medir la experiencia de coerción, la opción que se consideró más adecuada fue la CES-18 (escala detallada en el apartado 1.3. páginas 51-52). Aunque el aislamiento no se aplica en la unidad y la contención mecánica muy raramente, esta escala nos permitió evaluar la medicación forzosa, el tratamiento involuntario y el ingreso involuntario.

3.3.1.4. Análisis de datos.

Datos cualitativos

Las entrevistas se transcribieron literalmente y se mantuvieron anonimizadas en todo momento con el código asignado previamente a cada persona participante. El análisis cualitativo se realizó mediante la **técnica de análisis de contenido inductivo**, adecuada para esta metodología (Graneheim y Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020; Im et al., 2023). Esto corroboró que a partir de la entrevista 18 no se generaron nuevos códigos relacionados con los objetivos del estudio.

Para identificar unidades de significado que describieran la experiencia de coerción y pérdida de libertad entre los y las participantes, las investigadoras llevaron a cabo varias lecturas independientes de las transcripciones para comprender en profundidad el contenido y sirviendo así de preanálisis de los textos. El análisis siguió las mismas etapas que para el estudio de experiencias de los y las profesionales. La primera etapa fue la codificación abierta, en la que las dos investigadoras releyeron el texto de forma independiente e identificaron unidades de significado y códigos para cada uno de los temas tratados. Dado el gran volumen de información analizada, la segunda etapa consistió en agrupar los códigos en categorías, subtemas y temas mediante discusión y consenso. El análisis de contenido permitió interpretar los datos, incluidas las descripciones del contenido manifiesto y las interpretaciones del contenido latente, como parte del proceso de recontextualización, asegurando así un análisis integral y descubriendo significados subyacentes en el texto (Elo & Kyngäs, 2008; Moser & Korstjens, 2018). Este análisis de contenido fue realizado con el software ATLAS.ti, versión 9.0 (Scientific Software Development GmbH).

Datos cuantitativos

Se creó una base de datos para todos los datos cuantitativos, que se analizaron con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 28.0. Se realizó un **análisis descriptivo** de los datos. Se aplicaron pruebas de normalidad, pero solamente la edad en

años se ajustó a una distribución normal. Las variables cuantitativas se expresaron mediante la media y la desviación estándar, o la mediana y el Rango Intercuartílico (IQR). Los datos sociodemográficos y clínicos se explicaron mediante frecuencias y porcentajes. Las variables de experiencia de coerción se expresaron en medianas y IQR, ya que no seguían una distribución normal. Se calcularon correlaciones de Spearman para detectar relaciones entre variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas y las puntuaciones de la escala de coerción percibida.

Integración de los datos cualitativos y cuantitativos

Los códigos extraídos del análisis cualitativo se cruzaron con los ítems incluidos en el instrumento cuantitativo en busca de coincidencias o incoherencias.

Las puntuaciones de coerción y las unidades de significado o citas obtenidas en las entrevistas fueron contrastadas para explorar posibles relaciones entre ambas fuentes de información, y teniendo en cuenta si el sujeto en cuestión había sufrido alguna medida coercitiva formal.

3.3.1.5. Consideraciones éticas.

Para esta parte del estudio se siguieron los mismos principios éticos que para la parte 2, y se diseñó además un procedimiento para gestionar situaciones en las que las personas usuarias pudieran necesitar apoyo emocional a través del consuelo. Sin embargo, ninguna de ellas requirió una intervención durante la entrevista, pese a que algunas personas verbalizaron haber experimentado angustia o malestar reviviendo alguna de las situaciones descritas.

3.3.2. Resultados.

3.3.2.1. Resultados cualitativos.

Se entrevistó a 20 personas usuarias, trece de las cuales eran varones. La edad media de los y las participantes era de 38,8 ± 10,95 años, en un rango de 22 a 60 años. La media de días de ingreso en el momento de la recogida de datos era de 164,5 ± 76,77 días, en un rango de 92 a 368 días. El 75% de las personas entrevistadas eran solteras, el 40% vivía con su familia de origen (padres o padres y hermanos/as) y el 40% vivía sola. El 50% de la muestra eran pensionistas. En cuanto al nivel educativo, la mayoría había completado la educación secundaria. El 50% de las personas usuarias había sido diagnosticadas de esquizofrenia, el 33% había estado recibiendo tratamiento y seguimiento psiquiátrico durante más de quince años y seis habían estado ingresadas en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos

en más de cinco ocasiones. Entre las personas entrevistadas, 16 tenían una baja experiencia de coerción y 16 estaban completamente o muy satisfechos con el tratamiento recibido. Las características sociodemográficas y la puntuación obtenida de la CES-18 de las personas usuarias que participaron en el componente cualitativo del estudio se presentan en la **Tabla 4.**

A través del análisis de contenido, se identificaron 798 unidades de significado o citas totales reagrupadas en 366 códigos finales. Se analizaron en profundidad **49 códigos** que respondían directamente al objetivo de este estudio agrupándose en **ocho subtemas, cuatro categorías y dos temas** detallados en la **Tabla 5.** Los dos temas principales fueron el **trato recibido y la experiencia de coerción en la UME.**

Tema 1. Experiencia de coerción en la UME.

Los y las participantes destacaron la importancia del trato proporcionado por parte del personal de la unidad a la hora de sentirse bien atendidas o cuidadas, identificando claramente situaciones en las que se daba un buen trato, o, por el contrario, un trato inadecuado, dando lugar a los dos subtemas de este primer apartado y sus 21 códigos.

El primer subtema agrupó las definiciones de lo que las personas usuarias consideraban un buen trato y su percepción del trato proporcionado por el personal. La mayoría valoraron el trato como **bueno y positivo** y se mostraron satisfechas con la atención recibida. Seis personas manifestaron explícitamente que se sentían bien tratadas, mientras que otras expresaron un sentimiento similar al explicar que no se sentían juzgadas, que se sentían comprendidas o que eran tratadas como personas. Para algunas personas, ser bien tratada era sinónimo de buena atención o cuidado; para otras, estaba relacionado con tener una buena relación terapéutica o ser tratado con respeto y sin prejuicios. En un caso concreto, la persona explicó que era necesario que los y las profesionales se hicieran amigos de las personas usuarias para establecer una relación adecuada y poder sentirse bien tratados. Por último, una minoría señaló la necesidad de un trato más individualizado y centrado en una proyección de futuro para conseguir una atención óptima.

> *P03: En ningún momento me he sentido juzgada, sino comprendida, como que era por mi enfermedad y me he sentido tratada como una persona.*

Tabla 4. *Características sociodemográficas y experiencia de coerción de las personas usuarias entrevistadas.*

Número de identificación	Edad	Género	Tiempo ingresado en la UME (meses)	Estado Civil	Convivencia	Actividad laboral	Nivel educativo	Diagnóstico	Años evolución de la enfermedad	Ingresos en unidades de hospitalización de agudos	Puntuación CES-18
P01	53	Mujer	3	Otro	Unidad de larga estancia	Desconocido	FP	Trastorno bipolar	>15	5	24
P02	37	Hombre	3	Soltero	Familia de origen	Paro	FP	Esquizoafectivo	>15	4	22
P03	29	Mujer	12	Soltera	Sin hogar	Paro	FP	Esquizoafectivo	6-8	3	31
P04	25	Mujer	8	Soltera	Familia de origen	ILT	Educación obligatoria	Esquizofrenia	3-5	6	18
P05	32	Hombre	9	Soltero	Familia de origen	ILP	Educación obligatoria	Esquizofrenia	12-14	>6	18
P06	37	Hombre	4	Soltero	Solo	ILP	FP	Esquizofrenia	9-11	4	72
P07	35	Mujer	3	Divorciada	Familia de origen	ILT	Educación obligatoria	Otro (trastorno conversivo)	6-8	4	18
P08	45	Hombre	8	Soltero	Solo	ILP	Incompletos	Esquizoafectivo	9-11	5	18
P09	26	Hombre	4	Soltero	Familia de origen	Paro	Educación obligatoria	Esquizofrenia	9-11	0	56
P10	41	Hombre	5	Soltero	Comparte piso	Estudia o trabaja	FP	Esquizofrenia	>15	>6	18
P11	60	Mujer	2	Soltera	Sola	ILP	Estudios universitarios	Esquizoafectivo	>15	>6	18
P12	22	Hombre	5	Soltero	Familia de origen	ILP	Educación obligatoria	Esquizofrenia	6-8	3	18
P13	45	Hombre	5	Soltero	Solo	ILP	Bachillerato	Trastorno bipolar	>15	5	74
P14	32	Mujer	8	Unión libre	Familia de origen	Paro	Educación obligatoria	Esquizofrenia	3-5	1	76
P15	27	Hombre	3	Soltero	Familia de origen	Desconocido	Educación obligatoria	Esquizofrenia	0-2	3	18
P16	46	Hombre	4	Soltero	Solo	ILP	Bachillerato	Trastorno bipolar	>15	>6	18
P17	31	Hombre	3	Soltero	Solo	ILT	Educación obligatoria	Esquizoafectivo	3-5	1	18
P18	51	Hombre	3	Divorciado	Familia propia	ILP	FP	Esquizofrenia	>15	0	39
P19	52	Hombre	4	Soltero	Solo	ILP	Estudios universitarios	Esquizofrenia	9-11	1	18
P20	50	Mujer	3	Divorciada	Sola	ILP	Estudios universitarios	Esquizoafectivo	9-11	>6	18

ILP: incapacidad laboral permanente; ILT: incapacidad laboral temporal; FP: formación profesional.

Tabla 5. *Temas, subtemas, categorías y códigos de las entrevistas a personas usuarias.*

Temas	Subtemas	Categorías	Códigos
Trato recibido en la UME	*Buen trato*		Sensación de ser bien tratado El buen trato es una buena atención o un buen cuidado El buen trato es una buena relación terapéutica El buen trato es respetuoso y sin prejuicios El buen trato es ser "colegas" de los usuarios El trato individualizado es necesario El trato tiene en cuenta la proyección de futuro de la persona
	Mal trato	Verbal	Comunicación inadecuada Una respuesta o intervención deficiente puede provocar una crisis
		Comportamiento	Trato injusto Trato infantilizador Abuso de poder Deshumanización del usuario Mal trato causado por personal quemado Desidia profesional El trato de algunos profesionales es mejorable El personal nos pone de los nervios Los profesionales descargan sus frustraciones con las personas usuarias El personal debe controlar sus malas reacciones Se obliga a la persona usuaria a repetir una tarea delante del personal No se respeta el ritmo de la persona usuaria en sus actividades diarias
Experiencia de coerción en la UME	*Libertad percibida*		Sensación de tener suficiente libertad en la unidad El hospital parece un hotel En la unidad puedes hacer lo que quieras, siempre que muestres respeto La libertad disfrutada se compara con respecto a otras unidades
	Coerción percibida		Sensación de pérdida de libertad Sensación de estar encerrado/a Sensación de estar muy controlado/a Sensación de estar obligado/a a hacer algo Sensación de no ser escuchado/a Sensación de no poder expresar tu opinión Sensación de no poder tomar decisiones Sentirse como un o una delincuente después de que te quiten tus pertenencias El hospital parece una prisión Anhelo de más libertad/independencia en general

(Continúa)

(Continuación)

	Coerción informal		Manipulación o persuasión Chantaje Restricción del acceso a las pertenencias Pérdida de autonomía en la gestión de los asuntos propios
	Coerción formal		Coerción en primera persona (ingreso involuntario o medicación forzada) Coerción presenciada o aplicada a otro compañero/a Apenas hay coerción formal en la unidad
	Justificaciones de la coerción		La coerción es por el bien del usuario La coerción es por seguridad La coerción ayuda cuando no sabes cómo manejar la situación de otra manera La coerción debe ser la última opción
	Percepción de las normas de la unidad	La convivencia en la unidad requiere normas	La convivencia en la unidad requiere normas
		Normas percibidas como negativas	Las normas son demasiado rígidas o inflexibles Algunas reglas o normas son difíciles de entender

> *P10: Para una buena atención tiene que haber un buen trato. Un trato individualizado y diferente para cada persona… si nos tratarais a todos por igual fallaríais. […] el personal tiene que ser amistoso, cordial, … aquí hay que ser unos amiguetes de los enfermos, no enemigos, para poder darles un empujoncito y decirles "mira ahí tienes el camino".*

> *P09: Siento que me tratan bien… Para mí, cuidarme bien sería una atención especializada y más centrada en la proyección de futuro de cada persona.*

En contraposición con el buen trato recibido, los y las participantes también verbalizaron haberse sentido en alguna ocasión **tratados injustamente o mal tratados**, ya fuera verbalmente o a través de determinados comportamientos o actitudes. Estas percepciones se agruparon como un segundo subtema.

Los y las participantes mencionaron algunas formas de comunicación inadecuada, como ser insultados, que se les levantara la voz o se les diera respuestas inapropiadas por parte del personal, que causaban incomodidad e incluso podían desencadenar una crisis.

> *P18: …decirle a una compañera "vete a duchar que hueles mal", con esas palabras… eso hace sentir fatal a la gente.*

P10: Hay algunos profesionales que hacen tener crisis a enfermos.

P13: …también, algunos profesionales tratan (a los usuarios) de forma muy agresiva... verbalmente…

En cuanto a las conductas y actitudes, las personas usuarias describieron ejemplos fácilmente identificables de trato injusto, trato infantilizador, situaciones de abuso de poder y/o deshumanización hacia la persona. Por el contrario, un usuario explicó que, en ocasiones, es el usuario quien inicia el conflicto y, comprensiblemente, desencadena una respuesta negativa por parte del personal.

P18: …hay muchas cosas en las que los profesionales no tienen razón, pero tienes que dejarlo pasar por el hecho de que eres un usuario más.

P19: …actualmente lo que se hace es tratar a los pacientes por procedimiento por lotes… los 24 o los 30 a una vez…

Las personas usuarias también describieron percepciones más sutiles, como la sensación de que no se tenía en cuenta el ritmo al que podían realizar ciertas tareas, o sentirse presionadas y tener que repetir ciertas actividades porque el personal no creía que las hubieran realizado.

P05: …no se respeta que esa persona a lo mejor ya está recogiendo y haciendo sus cosas y le siguen metiendo prisa…se le habla como metiéndole prisas que pueden llegar a agobiar.

P18: …ha habido dos días que me han hecho ducharme hasta dos veces, solo porque no se lo creen, entonces ¿qué voy a estar todo el día metido en la ducha?

Según algunas personas usuarias, este trato era consecuencia del desgaste profesional del personal, que descargaba su frustración en ellas, así como de la desidia profesional (falta de motivación e interés por su trabajo), lo que llevó a la conclusión de que el personal debía saber controlar sus propias reacciones y que la atención prestada en este aspecto podía ser mejor.

P09: …valoro las ganas que tienen algunas profesionales de curar a la gente… hay personas que vienen sin ganas a trabajar y otras que vienen con mucha más predisposición. La vocación es muy importante. Hay gente que viene por cobrar y salir los fines de semana y si un fin de semana le toca trabajar vienen con mala leche…

P15: ...yo entiendo que algún profesional se pueda cabrear, pero tiene que entender que también es el que está al mando del centro y tiene que mostrar siempre respeto, aunque a ella se lo falten. No tienes que saltar a las situaciones de los demás, un poco de autocontrol.

Tema 2. Experiencia de coerción en la UME.

La experiencia de coerción es el tema más extenso surgido del análisis de contenido. Se compone de seis subtemas y 28 códigos. Para explorar la vivencia de coerción en la unidad, una de las preguntas indagaba sobre la sensación de libertad o la falta de ella durante el ingreso.

Las sensaciones y percepciones positivas relacionadas con la **sensación de libertad** se agruparon en el primer subtema. Aproximadamente la mitad de los y las participantes dijeron que se sentían bastante libres para expresarse, dar sus opiniones o hacer preguntas, y dijeron que disfrutaban de libertad de movimiento dentro del hospital, a diferencia de lo que experimentaban en otras unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. Cuatro participantes compararon el hospital con un hotel, y una persona explicó que, dentro de la UME, las personas usuarias podían hacer lo que quisieran, siempre y cuando respetaran a los demás compañeros y compañeras y al personal.

P02: …aquí tengo bastante libertad, me dejan bastante libertad…

P04: De normal los centros son muy rígidos y este no. Aquí, en verdad estás como en un hotel de cinco estrellas.

P17: Podemos hacer lo que queramos en la unidad, podemos hacer lo que queramos, pero siempre respetando.

El segundo subtema fue la **sensación de coacción** o **coerción percibida**. Las personas usuarias describían percepciones negativas que incluían sentirse encerradas, muy controladas, obligadas a hacer algo, no sentirse escuchadas, no poder expresar sus opiniones, sensación de no poder tomar sus propias decisiones y/o sentirse como delincuentes tras la retirada de pertenencias. En este caso, se igualaba el hospital a una cárcel, y las personas que participaron en las entrevistas solicitaban mayor independencia, autonomía y libertad en general.

P02: Aquí siguen las normas a raja tabla, no tienen otra manera de fastidiar que seguir las normas a raja tabla… Nos tienen muy controlados…

P05: … sí que me gustaría que fuese de libre elección, tener esa libertad de decir "no me tomo esta medicación porque no me sienta bien".

P19: En realidad esto es una cárcel pintada de otra manera, pero es una cárcel donde tienes que estar cuatro meses y tienes que estar, con otros carceleros… los carceleros son las enfermeras y las auxiliares (ríe).

Otro de los subtemas recogió las **descripciones de presiones negativas a través del trato** o **coerción informal** como la manipulación o persuasión, chantaje, restricción de acceso a las pertenencias o pérdida de autonomía para gestionar asuntos propios.

P07: A mí lo único que me han dicho es que si no me tomaba la medicación no iba a salir sola por la mañana, o que no me daban la medicación sin haber desayunado. Yo no quería desayunar y me insistieron bastante y yo mantenía que no quería y me dijeron "no te daré el permiso de salir" y yo dije que eso no era así. Me sentó mal porque no tienen que obligarme a comer si no me entra la comida.

P13: A veces me da la sensación de que manipulan información, porque a algunos les dan una información y a otros otra diferente.

Siete participantes habían tenido una experiencia vivida de **coerción formal**, como el ingreso involuntario y/o la medicación forzada, o habían presenciado el uso de medidas coercitivas contra otras personas ingresadas, lo que se agrupó como un cuarto subtema. Algunos y algunas participantes afirmaron que casi no había coerción en la UME, y sus referencias al uso de contención mecánica tendían a aplicarse a ingresos anteriores en otras unidades de cuidados agudos.

P05: …cuando se me impone estar aquí, porque yo estaba en mi casa y me sacaron a la fuerza, y se me imponen estas cosas, pues no me siento bien… En mi caso, no me quiero tomar la medicación que me estoy tomando, entonces me siento coaccionado, que no se me respeta como persona.

Al explorar el tema de la coerción, se preguntó a las personas que participaron en las entrevistas si estaban familiarizados con el término, y trece de ellas no habían escuchado hablar de la coerción o no sabían lo que significaba. Sin embargo, tras explicarles el concepto, fueron capaces de poner ejemplos concretos y dar a conocer su visión u opinión. Aunque las personas usuarias, en general, no estaban de acuerdo con el uso de medidas coercitivas, algunas **justificaron su uso**, y estas justificaciones se reflejan en el quinto subtema. Algunas medidas fueron calificadas como necesarias para el bien del individuo, por razones de seguridad, o como un instrumento cuando otros métodos no estaban disponibles, como último recurso.

P17: Eso… visto desde fuera… esa persona no estaba bien, es que había que hacerlo, había que hacerlo. Las enfermeras si no lo hacían (administrar mendicación forzada) es que no podían, no podían… o lo hacían o pasaría algo.

Los y las participantes también emitieron sus propias **valoraciones u opiniones con respecto a las normas de la unidad** y se recopilaron como sexto subtema. En general, comprendieron la necesidad de reglas para garantizar cierta armonía entre las personas usuarias, pero a veces las percibían como negativas por ser demasiado rígidas o inflexibles, o simplemente difíciles de entender.

P03: …hay que cumplir unos horarios porque somos muchas personas y es perfectamente entendible. Tiene que haber horarios, no va a comer cada uno cuando le dé la gana o despertarse cuando le dé la gana.

P20: Yo las veo bien… porque si no hay normas, esto sería una anarquía, y las normas son fundamentales y tienes que convivir con eso.

P05: A veces el personal se ciñe a unas normas como por ejemplo el resopón es a las 22 horas, pero hay gente que se levanta a las 23 horas y no se lo dan. Que las normas no sean tan rígidas.

P01: A veces, incluso siendo preciso, no te abren el casillero y a mí eso…. (hace una pausa) … lo importante debe superar la norma en un momento dado.

3.3.2.2. Resultados cuantitativos.

Esta parte del estudio contó con 75 participantes, de los que 43 eran hombres, el 57,3%. La media de edad fue de 39 años (desviación típica 11,9) con un rango de 19 a 62 años. El 73,3% (n = 55) de las personas estaban ingresadas por primera vez en la unidad y la mediana de la duración del ingreso fue cuatro meses, con un rango de 3 a 16 meses. El 82,6% eran personas solteras y un 60% vivía con familiares de origen (padres o padres y hermanos o hermanas). El 60% de las personas participantes tenía una incapacidad laboral permanente y el 52% había completado los estudios obligatorios. El 45,5% de las personas usuarias presentaba un diagnóstico de esquizofrenia y el 49,3% presentaba un trastorno de más de 15 años de evolución y 21 de ellas habían precisado con anterioridad más de seis ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. Las características sociodemográficas y clínicas se muestran en la Tabla 4 del Anexo 4.

Las puntuaciones obtenidas en la medición de la coerción mediante la CES-18 mostraron que la mayoría de las respuestas se agrupaban en el nivel bajo de coerción percibida, pero 10 participantes reflejaron la percepción de un nivel alto de coerción, con puntuaciones superiores a 53 puntos. La

puntuación media fue de 18, con un IQR de 18 a 31, y el rango fue de 18 a 84. Se encontró una correlación marginalmente significativa entre la duración del ingreso y la puntuación de la escala de coerción (r=0,22; p=0,062). Considerando el resto de variables, todas las demás correlaciones fueron débiles y no estadísticamente significativas.

3.3.2.3. Relación entre los datos cualitativos y los cuantitativos.

Algunos de los ítems medidos en la escala de coerción CES-18 también surgieron como códigos en las entrevistas semiestructuradas, principalmente en el tema "experiencia de coerción" y específicamente en los subtemas de coerción percibida, coerción informal y coerción formal. Algunos de los códigos que representaban estas concordancias eran "sensación de estar obligado/a a hacer algo", "sensación de no ser escuchado/a", "sensación de no poder expresar tu opinión", "sensación de no poder tomar decisiones", "sentirse como un o una delincuente después de que te quiten tus pertenencias", "manipulación o persuasión", "chantaje", "restricción de acceso a las pertenencias", "pérdida de autonomía en la gestión de los asuntos propios" o "coerción en primera persona". En la **Tabla 6** se pueden observar algunos ejemplos de las relaciones entre ítems de la CES-18 con algunos códigos extraídos de las entrevistas.

Tabla 6. *Relación de los ítems de la escala CES-18 con códigos de las entrevistas a personas usuarias.*

Ítem escala CES-18	Código
4. La coerción aplicada fue… 17. Me dio miedo que la medida durara para siempre…	"coerción en primera persona" "manipulación o persuasión" "chantaje"
10. Tuve que obedecer las órdenes de otros…	"sensación de estar obligado/a a hacer algo"
3. ¿Hasta qué punto experimentó debido a la intervención restricciones sobre su libertad par decidir cosas? 5. La restricción sobre su libertad de decidir cosas fue… 12. Otros tomaron decisiones por mí…	"sensación de no poder tomar decisiones" "pérdida de autonomía en la gestión de los asuntos propios"
8. Me sentí despojado de mi dignidad… 14. No podía entender por qué era tratado de ese modo… 16. Me sentí tratado como un animal…	"sentirse como un o una delincuente después de que te quiten tus pertenencias" "restricción de acceso a las pertenencias"
18. Mis deseos no fueron tenidos en cuenta…	"sensación de no ser escuchado/a" "sensación de no poder expresar tu opinión"

El componente cuantitativo del estudio reveló una experiencia general de bajo nivel de coerción entre las personas participantes. Sin embargo, algunas personas usuarias obtuvieron puntuaciones que indicaban una experiencia de alto nivel de coerción, en concreto P06, P09, P13 y P14, de los cuales todas, excepto P09, habían sido objeto de medidas de coerción formal durante su estancia en la UME (ingreso involuntario o tratamiento obligatorio).

Aunque el participante P09 obtuvo una alta puntuación en coacción, durante la entrevista reconoció sentirse bien tratado a pesar de explicar que no se tenía en cuenta la opinión del individuo a la hora de planificar su futuro. Del mismo modo, tanto el participante P05 como el participante P19 mostraron una baja percepción de coacción. Sin embargo, durante la entrevista, P05 manifestó su descontento con la aplicación de medidas de coerción formal durante su estancia en la UME; en concreto, el ingreso involuntario y el tratamiento obligatorio. Algunos de los comentarios de este participante fueron contradictorios, ya que también manifestó no sentirse obligado a hacer cosas. Lo mismo ocurrió con P02, quien en algunos momentos de la entrevista describió sentirse muy controlado, mientras que en otros dijo sentirse libre. Por otro lado, el participante P19 manifestó una percepción de coacción informal, diciendo que la UME era "como una prisión" y quejándose de que el trato se repartía "por lotes", dando a entender que el trato recibido era deshumanizado. En la **Tabla 7** se pueden observar algunas de las relaciones entre la puntuación en la CES-18 y las citas textuales de algunas personas participantes.

Tabla 7. *Relación entre la puntuación de la escala CES-18 y citas textuales de las personas entrevistadas.*

Participante	Puntuación CES-18	Unidad de significado/ cita
P09	56	*P09: Siento que me tratan bien… Para mí, cuidarme bien sería una atención especializada y más centrada en la proyección de futuro de cada persona.*
P05	18	*P05: …cuando se me impone estar aquí, porque yo estaba en mi casa y me sacaron a la fuerza, y se me imponen estas cosas pues no me siento bien… En mi caso, no me quiero tomar la medicación que me estoy tomando, entonces me siento coaccionado, que no se me respeta como persona.*
P02	22	*P02: …Aquí siguen las normas a raja tabla, no tienen otra manera de fastidiar que seguir las normas a raja tabla… Nos tienen muy controlados…* *P02: …si estoy bien que me deje mi libertad y cuando me ponga un poco malo que me coja, pero que no me cojan antes, que me dejen hacer mi vida.* *P02: …aquí tengo bastante libertad, me dejan bastante libertad …*
P19	18	*P19: En realidad esto es una cárcel pintada de otra manera, pero es una cárcel donde tienes que estar… con otros carceleros, las enfermeras y las auxiliares.* *P19: …actualmente lo que se hace es tratar a los pacientes por procedimiento por lotes… los 24 o los 30 a una vez…*

4. Discusión

Este trabajo de tesis doctoral ha contribuido a la compresión general del fenómeno de la coerción; por una parte, gracias a la recopilación y síntesis de la evidencia disponible en forma de revisiones sistemáticas sobre la coerción y, por otra, al estudio de exploración y descripción de las percepciones y vivencias en relación con la coerción de los y las profesionales y de las personas usuarias de la UME.

Discusión Parte 1

Uno de los objetivos generales de esta tesis era realizar una revisión sistemática sobre alguna de las áreas menos exploradas de la coerción, pero al iniciar la búsqueda nos percatamos del elevado número y heterogeneidad de revisiones ya publicadas acerca del tema. Esto nos hizo plantearnos elaborar la primera **revisión de revisiones o revisión *umbrella*** sobre la coerción en salud mental.

Se diseñó un protocolo inicial, el cual se cumplió casi en su totalidad durante la realización de la revisión, a excepción de la parte de síntesis y análisis de datos, dada la imposibilidad de prever la variedad de información que íbamos a encontrar. La fase de análisis detallada en el protocolo (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2022) se fue ajustando en función de las características de los trabajos incluidos. Se optó por clasificar las revisiones en dos categorías y analizarlas de manera distinta. La primera categoría comprendía la evidencia sobre seis medidas coercitivas específicas y brindaba una perspectiva sobre su prevalencia, eficacia, efectos dañinos o no deseados, factores relacionados e intervenciones para reducir su uso expuestas a través de una síntesis narrativa; la segunda incluía estudios que describían la experiencia de coerción de todas las personas implicadas, es decir, profesionales, personas usuarias de servicios de salud mental y cuidadores o familiares, la cual se clasificó en seis temas a través de una síntesis temática.

Otro aspecto metodológico que requiere mención es la herramienta que empleamos para evaluar la calidad de los artículos. La herramienta de evaluación crítica de JBI (**Anexo 10**) consta de 11 ítems o preguntas metodológicas con opción de respuesta sí, no o poco claro, tras las cuales se ha de decidir si el artículo es incluido en el estudio o no, pero no se indica qué puntuación mínima es necesaria para ello. Por este motivo, ambas autoras decidimos establecer rangos de puntuación que nos ayudaron a clasificar los estudios en baja calidad (iguales o inferiores a 4), moderada calidad (de 5 a 7 sobre 11) y alta calidad (de 8 a 11), ya que todos los que ya habíamos seleccionado para la lectura completa iban a ser incluidos independientemente de su calidad, pero esta sí quedaría reflejada.

Así, se logró elaborar una revisión *umbrella* sobre la coerción en salud mental a través de su caracterización, la descripción de sus efectos y consecuencias, las percepciones de las partes implicadas y las posibles alternativas a su uso.

Los estudios incluidos en la revisión *umbrella* sugieren que, en cuanto a cantidad de estudios, las áreas de mayor interés en investigación sobre la coerción son el aislamiento y la contención mecánica (15 revisiones sistemáticas) y la experiencia de las personas involucradas en la aplicación de medidas coercitivas (12 revisiones sistemáticas puramente cualitativas y cinco revisiones sistemáticas mixtas incluidas en ambos análisis).

Centrándonos en el aislamiento y la contención mecánica, siete de las revisiones incluidas en este grupo eran de calidad alta y riesgo bajo de sesgo, otras siete eran de calidad moderada y solo una era de calidad muy baja y riesgo alto de sesgo. Los efectos nocivos de estas medidas y los factores relacionados se analizaron en ocho de las revisiones, y otras seis se centraron en alternativas a las mismas. Sin embargo, queda patente que se necesita más evidencia sobre su prevalencia y eficacia.

La realización de ECAs para evaluar la eficacia de la contención mecánica y el aislamiento, al igual que para otras medidas coercitivas, implica desafíos éticos, metodológicos y profesionales; esto es así porque, ante una situación compleja en la que una persona presenta agitación psicomotriz o descompensación psicopatológica, que se elija aleatoriamente cómo manejar la situación podría entrañar riesgos para las personas implicadas. Sailas & Fenton (2000), cuya revisión sistemática es la más antigua incluida en esta revisión *umbrella,* encontraron esta dificultad al buscar publicaciones obtenida a través de ECAs sobre la eficacia de estas medidas. De hecho, la falta de evidencia sobre su eficacia y la violación de derechos humanos que representa ha motivado que la normativa internacional imponga suprimir su uso (Naciones Unidas, 2017). A pesar de ello, según el estudio de Lykke et al. (2020) en Dinamarca, el uso de contención mecánica oscila al año entre el 1% y el 4% en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. Kersting y colaboradores (2019) no especificaron en su búsqueda el tipo de medida coercitiva causante de los efectos físicos adversos encontrados, pero dados sus resultados lo incluimos en nuestro análisis de aislamiento y contención.

Sobre el tratamiento forzoso apenas existen revisiones sistemáticas, únicamente pudimos incluir cuatro, y los hallazgos nos muestran objetivos y poblaciones a estudio muy diferentes. Además, básicamente los y las investigadoras se centran en el tratamiento forzoso sin explorar el tratamiento involuntario, mucho más frecuente en cualquier ámbito de salud mental.

También se abordó el ingreso involuntario desde la perspectiva de sus factores relacionados y las alternativas para reducir su uso, que fue una de las subcategorías con mejores revisiones en términos de calidad. El metaanálisis de Barnett y colaboradores (2019) resaltó la importancia de pertenecer a una minoría como factor relacionado con el ingreso involuntario a nivel internacional. Según Hanlon y su equipo (2010), la preocupación ética más importante en la práctica de la salud mental es la falta de una atención en salud mental culturalmente apropiada, basada en evidencia y de alta calidad.

Seis revisiones estudiaron la eficacia de las OTC, la cual no quedó claramente demostrada, especialmente en términos de reducción de reingresos o en la duración de la estancia hospitalaria. El nivel de calidad y el riesgo de sesgo de estas revisiones sistemáticas variaron mucho, lo cual fue sorprendente, ya que el tema ha sido estudiado en sucesivas revisiones, lo que nos sugiere que no ha habido una mejora en la metodología empleada. La revisión de Maughan y colaboradores (2014) actualizaba una revisión previa publicada en 2005 (Churchill et al., 2007), la cual no incluimos ya que Maughan y su equipo (2014) describían también sus resultados, por lo que ya fueron tenidos en cuenta. Rugkåsa participó en la revisión de Maughan y su equipo (2014) y luego resumió estudios posteriores relacionados con las OTC en 2016 concluyendo que no existía nueva evidencia (Rugkåsa, 2016). Estas revisiones sistemáticas revelan una superposición de estudios sobre las OTC y hallazgos ambiguos con respecto a su eficacia, por lo que sugieren que el uso de las OTC se basa en evidencia limitada. De hecho, la revisión de Maughan y colaboradores (2014) no pudo actualizarse debido a la escasez de nuevos estudios, lo que pone de relieve las dificultades encontradas al realizar ECAs sobre este tema. Sin embargo, sorprende comprobar que esta falta de evidencia a favor de las OTC no coincide con las experiencias del personal médico que las emplea, quienes encuentran beneficios claros y las consideran necesarias en determinadas condiciones, como describen Corring y su equipo (2018).

Estudiar la coerción informal sigue siendo un desafío para el equipo de profesionales de la salud mental y los estudios sobre el tema son escasos; como resultado, es difícil recopilar revisiones sistemáticas sobre el área. De hecho, en nuestra revisión *umbrella* solo se pudo incluir una revisión sobre este tema y era de baja calidad y con un riesgo de sesgo poco claro (Hotzy y Jaeger, 2016). Según Paradis-Gagné y colaboradores (2021), la coerción informal puede incluir las propias reglas o restricciones que rigen una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos, así como la observación constante de las personas usuarias en su habitación, o la vigilancia de las zonas de entrada y salida de la unidad. Por todo ello, este tipo de coerción es muy compleja y caracterizarla, definir su impacto y explorar las medidas para reducirla requieren del desarrollo de más estudios.

Potthoff y su grupo (2022) desarrollaron recientemente un modelo conceptual en torno a la presión psicológica (definida como las estrategias comunicativas utilizadas para influir en la toma de decisiones y sinónimo de coerción informal), basado en la experiencia y las perspectivas de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Concluyeron que la presión psicológica se utiliza para mejorar la adherencia de las personas usuarias del servicio al tratamiento recomendado (presión de tratamiento) y a las reglas sociales, y puede ser ejercida no solo por profesionales de la salud mental, sino también por familiares y personas cercanas, como lo describen Pelto-Piri y colaboradores. (2019). El modelo conceptual resultante define la presión psicológica de manera integral en términos de qué se dice, quién, por qué, cómo, cuándo y dónde; por lo tanto, incluye no solo el contenido de la comunicación sino también la forma de comunicar, que depende en gran medida de factores contextuales adicionales, como la calidad de la relación interpersonal, el entorno institucional, el entorno espacial y el tipo de discurso. Por lo tanto, esto podría explicar por qué las personas usuarias pueden percibir ciertas interacciones como positivas o negativas (Potthoff et al., 2022).

Recientemente se ha publicado el protocolo de una revisión de revisiones que pretende explorar la naturaleza, el alcance y las consecuencias de la coerción informal en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos para aclarar el fenómeno de la coerción informal, establecer sus límites con mayor claridad e identificar las lagunas de conocimiento (Billé et al., 2024) y cuyos resultados, una vez finalizado el estudio, podrían ser útiles para investigadores e investigadoras del campo.

Respecto a las experiencias de las personas usuarias, profesionales y cuidadores hacia la coerción, destaca que en la evidencia hallamos tanto efectos positivos como negativos de cada medida coercitiva específica excepto para los ingresos involuntarios, de los que solo encontramos consecuencias negativas. Y, aunque se reporten efectos positivos de cada una de las medidas coercitivas, no olvidemos que la gran mayoría son perjudiciales y afectan gravemente a la salud física y mental y por ello, hay que intentar evitarlas a toda costa. También sería interesante plantearnos la siguiente pregunta: ¿por qué algunas personas llegan a sentirse seguras y protegidas bajo ciertas medidas coercitivas? Los relatos más duros los encontramos en torno a las contenciones mecánicas y los más sosegados hacia las OTCs y coerción informal. Esto quizá esté relacionado con el conocimiento y concienciación de los diferentes tipos de coerción que tienen las partes implicadas. De lo que no cabe duda, es que lo más importante es cómo cada una de las personas ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica experimenta su atención, y en esto, los y las profesionales tenemos mucho que ver, ¿qué tipo de cuidados aportamos?, ¿cómo es

nuestra relación terapéutica?, ¿qué es realmente lo correcto? Por todo ello, nuestro segundo objetivo general fue analizar y describir la vivencia de coerción en la UME.

Discusión Parte 2

La metodología cualitativa empleada en las partes 2 y 3 de esta tesis es puramente descriptiva, ya que incluye únicamente las experiencias subjetivas de las personas participantes entorno al trato y la coerción. Esta metodología, en ocasiones, puede tener matices fenomenológicos o de teoría fundamentada, de ahí la posibilidad de confusión con estas otras metodologías cualitativas (Sandelowski, 2000).

Las técnicas de recopilación de datos para esta metodología pueden ser las entrevistas individuales o los grupos focales. Nosotras escogimos la entrevista individual para permitir a los y las participantes un entorno de mayor confianza donde poder dar respuestas más honestas y precisas y tratar temas más delicados, como experiencias en primera persona. Asimismo, la entrevista individual nos permitió ir adaptando las preguntas o la dirección de la entrevista sin interrupción de terceras personas.

La técnica de análisis empleado fue el análisis inductivo de contenido, que puede utilizar varias técnicas de la teoría fundamentada, como la codificación abierta y axial y la comparación constante. Sin embargo, queremos dejar claro que la presentación de nuestros hallazgos es totalmente narrativa para facilitar la lectura y comprensión del lector (Moser & Korstjens, 2018).

El **personal de enfermería de la UME** comentaba que ahora se aplica menos coerción que antes, pero todas las profesionales reconocieron inconscientemente que aplicaban medidas coercitivas. Además, se observó un gran impacto emocional tras la aplicación o vivencia de coerción formal y desconocimiento en torno a la coerción informal. La percepción de coerción por las profesionales estuvo influida por la edad y el tiempo de experiencia en la UME.

Aproximadamente un tercio de profesionales de la UME desconocía el significado de la palabra coerción, aunque en su totalidad describieron haber visto o participado en situaciones percibidas por ellas como coercitivas o injustas, y en las que consideraban que se habían violado los derechos y la libertad de las personas ingresadas. Las situaciones que reflejaban medidas coercitivas informales se describieron como las más comunes en la unidad, pero las profesionales parecían ser sólo parcialmente conscientes de que eran formas de coerción y de que las infligían.

La muestra de personal de enfermería de la UME proporcionó diferentes opiniones sobre las medidas coercitivas. Al igual que en investigaciones anteriores, la mayoría de profesionales dieron prioridad a la seguridad y describieron la coerción como no deseada pero necesaria para mantener un entorno seguro (Doedens et al., 2020; Gerace y Muir-Cochrane, 2019). Algunas participantes se mostraron ambivalentes sobre lo que constituye coerción y lo que no, y hablaron de la delgada línea que separa la violación de los derechos de las personas usuarias de los servicios y las medidas necesarias para su propio bienestar. Otras profesionales reconocieron inconscientemente que aplicaban medidas coercitivas, bien porque no estaban familiarizadas con la palabra coerción o bien porque la coerción está tan arraigada en la atención a la salud mental que se ha normalizado. Además, describían dificultades para decidir si el uso de medidas coercitivas extremas estaba justificado o no.

Desde la perspectiva ética, promover el mejor interés de las personas usuarias en los servicios de salud mental es la principal justificación para llevar a cabo prácticas coercitivas (Hem et al., 2018), por lo que están plenamente integradas en el actual modelo de atención y modos y medios de actuación (Aguilera-Serrano et a., 2017). Esto refuerza la impresión de que el uso de la coerción en la atención de salud mental está relacionado con dilemas éticos y morales, lo que contribuye a sentimientos de conflicto y angustia entre los y las profesionales, como concluyen investigaciones anteriores (Mellow et al., 2017; Helmchen, 2021). Al parecer, los dilemas surgen al evaluar el equilibrio entre promover el bien (beneficencia) e infligir daño (maleficencia); es decir, los y las profesionales experimentan dudas o incertidumbre sobre lo que es correcto o más apropiado (Hem, et al., 2018). Si hay necesidad de coerción, es decir, si la coerción resulta ser un "bien desagradable", en lugar de un "mal necesario" teniendo en cuenta las consecuencias para la persona, siempre debe ser objeto de reflexión y aprendizaje junto con la persona usuaria (Andersson et al., 2020).

Las profesionales con más experiencia laboral en la UME, que se correspondían en general con las de mayor edad, percibieron una notable diferencia entre el uso más generalizado de la coerción en años anteriores y su uso mucho menos frecuente en el momento de las entrevistas, algo que sería interesante investigar si ocurre en otras unidades de hospitalización. Algunas participantes creían que esto podía estar relacionado con una evolución positiva y un cambio de paradigma en la atención psiquiátrica. Las participantes con trayectorias profesionales más largas tenían una percepción más normalizada de las medidas coercitivas con respecto a las que tenían menos experiencia, las cuales tendían a ser más críticas con la coerción. Este hallazgo contrasta con la bibliografía. Vandamme y colaboradores (2021) sugirieron que la experiencia profesional no influía

en la opinión del personal sobre la coerción y Krieger y su equipo (2021) concluyeron que los y las profesionales de la salud mental con más experiencia expresaban una visión más crítica de la coerción. Estas divergencias podrían explicarse por el hecho de que todas las participantes de nuestro estudio eran personal de enfermería y porque las normativas relativas a la atención de salud mental varían según los contextos culturales. Aunque sí se pudieron observar pequeñas diferencias entre las enfermeras y las TCAEs de la unidad en cuanto a la percepción de coerción, hay que interpretar con cautela estos resultados ya que sería necesario comparar con más datos para poder hacer una afirmación de esta magnitud.

Las profesionales de nuestro estudio describieron además el impacto emocional causado por la aplicación de medidas coercitivas como la contención mecánica, expresando queja por la dureza de la situación. En cambio, no se relacionó ningún impacto emocional con el uso de la coerción informal. Se tendía a justificar la aplicación de medidas coercitivas con tres razones: la falta de alternativas a la coerción, al considerar que no había otra forma de actuar; la certeza de que, si no se hubieran aplicado estas medidas, la persona usuaria se habría autolesionado o habría hecho daño a otras personas; o que estas medidas se aplicaban "por el bien de la persona", como una forma de ayudarle a mejorar clínicamente. De hecho, todas estas justificaciones se describen en una revisión reciente de Chieze y su grupo (2021). Sin embargo, Paradis-Gagné y su equipo (2021) describieron la coerción como un instrumento de la filosofía de control y disciplina, y una forma de garantizar el cumplimiento de las normas institucionales.

Una alternativa a la coerción son las políticas de puertas abiertas adoptadas por algunas unidades de salud mental. Diferentes estudios informan de reducciones en el uso de medidas coercitivas como parte de las políticas de puertas abiertas y ningún efecto adverso como resultado (Steinert et al., 2019). En la UME se comenzó a abrir físicamente la puerta de la unidad una vez iniciada la recogida de datos, lo que nos permitió registrar las primeras percepciones y opiniones sobre esta iniciativa, las cuales iban desde una expectativa tranquila y positiva hasta considerarla temeraria por la cesión de control que implicaba, en línea con lo reportado por Kalagi et al. (2018). Tiempo después, las puertas se volvieron a cerrar físicamente, aunque desde entonces se ha mantenido la libre circulación de las personas usuarias entre la unidad de hospitalización de la UME y las estancias comunes de HD donde se presta parte de la asistencia sanitaria entre las 8.30 y las 20 horas, a excepción de la indicación específica de que una persona usuaria no pueda salir de la unidad.

El personal de enfermería destacó la importancia de la relación terapéutica afectiva y del buen trato al atender a personas con trastornos mentales como factores que pueden reducir la coerción. La

forma en que los y las profesionales interactuamos con las personas usuarias de los servicios marca la diferencia en una relación terapéutica ya que las personas usuarias reconocen cuándo son bien tratadas o mal tratadas. Por ello, otro de los objetivos de este trabajo fue explorar cómo las personas usuarias de la UME se sentían tratadas. La coerción informal y la percibida se aplican principalmente a través de las relaciones terapéuticas y el trato interpersonal, ya que las personas usuarias las expresan a través de la percepción de ser coaccionadas, los sentimientos de ser tratadas irrespetuosamente (Sampogna et al., 2019) o de que sus opiniones no son tomadas en cuenta (Ivar Iversen et al., 2002).

Discusión Parte 3

Para la parte 3 de la tesis se determinó emplear un estudio mixto que permitiera profundizar en el análisis de las experiencias de las personas usuarias con un enfoque más explicativo y producir datos más variados en torno a la percepción de coerción. Se optó por un diseño exploratorio secuencial, ya que la intención era dar prioridad al aspecto cualitativo e integrar posteriormente el componente cuantitativo.

El enfoque mixto nos permitió contrastar los resultados obtenidos por separado. Por ejemplo, hubo personas que en la CES-18 puntuaron bajo, lo que indicaba una percepción de baja coerción, pero en las entrevistas sí relataban experiencias de coerción; otras personas explicaban en las entrevistas vivencias de coerción informal que la escala no pudo reflejar, por lo que, los resultados pudieron contrastarse y complementarse. Aparte de eso, la muestra de participantes en la rama cuantitativa resultó mayor que la de la parte cualitativa y esto nos permitió tener una medición más global de la percepción de coerción de las personas usuarias de la UME.

Otra de las decisiones importantes en esta parte del estudio surgió al seleccionar el instrumento más adecuado para evaluar la experiencia de coerción. Elegimos la CES-18 porque, entre los escasos instrumentos validados, la CES es considerada el cuestionario o escala de referencia más actual (pese a que está disponible desde el año 2010) y además está validada en nuestro contexto. Si bien es cierto que, tras su utilización, hemos podido detectar varias limitaciones.

Al explorar la **vivencia y experiencia de coerción de las personas ingresadas de la UME** también hallamos un gran desconocimiento sobre el tema, al igual que ocurría en las entrevistas con el personal de enfermería, así como diferentes visiones sobre el trato en la unidad y la importancia de una buena relación terapéutica para mejorar la experiencia en la unidad.

En este caso, más de la mitad de participantes no conocían el término de coerción, pero sí admitían haber visto o sufrido situaciones coercitivas o "injustas" donde sentían esa pérdida de libertad y vulneración de sus derechos. Por ejemplo, las personas usuarias fueron capaces de notificar presiones negativas durante la comunicación con el personal como la manipulación, el chantaje o las amenazas.

Las descripciones cualitativas del buen trato proporcionadas por las personas usuarias mostraron cómo cada una tenía una visión diferente de lo que significaba ser bien tratado. Durante las entrevistas a las personas ingresadas en la UME, estas hicieron hincapié en la importancia del lenguaje y la forma en que el personal de la unidad se comunicaba con ellas, así como en la necesidad de sentirse escuchadas y respetadas. Algunas personas verbalizaron sentir que están encerradas en una prisión, restringidas y limitadas por las reglas, así como despojadas de sus derechos y de su dignidad. Estas respuestas están en línea con estudios previos (Mellow et al., 2017; Tingleff et al., 2017; Akther et al., 2019; Askew et al., 2019; Plunkett y Kelly, 2021). También se hacen eco de hallazgos anteriores sobre una percepción de deshumanización debido a la falta de interacción humana y el aislamiento experimentado en las unidades (Newton-Howes y Mullen, 2011).

Nuestros resultados también se alinean con los de Staniszewska y su equipo (2019), quienes concluyeron que las experiencias de las personas usuarias están influenciadas por la calidad de las relaciones terapéuticas, las experiencias de coerción, si existe un entorno seguro o no y la atención centrada en el individuo. Según Bergé y colaboradores (2018), los y las profesionales deben expresar preocupación y empatía hacia las personas usuarias y esforzarse en mejorar sus propias habilidades comunicativas antes, durante y después de un incidente coercitivo. Cuando se les trata con respeto y se les involucra en el proceso de toma de decisiones, las personas usuarias reportan una percepción menos negativa de coerción y una mayor satisfacción con los servicios de salud mental. Además, en un estudio cualitativo reciente, personas usuarias de los servicios de salud mental españoles percibieron que los prejuicios, el paternalismo y el abuso por parte de los y las profesionales son un obstáculo para la creación de una relación terapéutica óptima (Martínez-Martínez et al., 2021).

La pérdida de autonomía y de libertad es un elemento central de la coerción percibida, por lo que también nos propusimos abordar la percepción de tener o no libertad entre las personas ingresadas en la UME. Los relatos de las personas usuarias a veces resultaron contradictorios; por ejemplo, la misma persona podía afirmar por un lado que tenía mucha libertad, mientras por otro describía que se sentía encerrada y obligada a tomar la medicación o a realizar determinadas actividades. No

tenemos explicación de por qué durante la entrevista una misma persona podía hacer comentarios tan contradictorios, pero sí podemos cuestionarnos si el deseo de agradar a la investigadora o el hecho de abordar aspectos muy específicos, como por ejemplo algunas normas concretas, podría haber generado una percepción diferente a su vivencia de coerción general. Paralelamente, algunas personas decían que ingresar en la UME tras haber tenido una experiencia de ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos hacía más fácil ver los aspectos positivos y las libertades de la UME. Por el contrario, una persona que nunca antes había estado ingresada en ninguna otra unidad de hospitalización psiquiátrica tendía a ser más crítica y a tener una percepción más fuerte de pérdida de libertad. De todo ello surgió que una parte de los y las participantes igualaran el hospital a un hotel y otras personas lo compararan con una prisión. También hubo personas que habían estado hospitalizadas en unidades psiquiátricas de agudos en múltiples ocasiones, lo que podría implicar que habían normalizado la experiencia de la coerción o que la consideraban la única forma de actuar, en línea con la opinión de algunos y algunas profesionales, tal y como describen Chieze y colaboradores (2021).

En esta investigación también se midió cuantitativamente esta experiencia de coerción a través de la CES-18. Esta parte del estudio reveló una experiencia global de bajos niveles de coerción en la UME, con una puntuación mediana de 18 y puntuación media de 28,18. Este hallazgo contrasta con otro estudio en el que Aguilera-Serrano et al. (2019) utilizaron dicha escala y reportaron una puntuación media de 52,8 entre personas ingresadas involuntariamente en dos unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos en España. Esto puede deberse a que en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos las medidas coercitivas predominantes son las formales, ya que su finalidad es estabilizar la descompensación psicopatológica y tratar síntomas agudos que en ocasiones pueden suponer un peligro para la persona y los demás. Sin embargo, en la UME la forma de coerción más común fue la informal, probablemente por ser una unidad orientada a la recuperación, donde apenas se producen episodios de hostilidad y la principal herramienta de trabajo es la relación terapéutica.

La CES-18 mide específicamente la percepción de coerción tras el uso de contención mecánica, aislamiento o medicación forzosa, es decir, para medir la coerción formal a la que las personas usuarias hicieron poca referencia durante las entrevistas. Su uso nos permitió determinar que el nivel de coerción formal era bajo, como cabría esperar en un centro de rehabilitación de estas características. Sin embargo, no nos permitió explorar las experiencias de coerción informal y percibida de las personas usuarias, algo que pudimos lograr en el componente cualitativo del estudio. Sin embargo, varios de los ítems de la CES-18 podrían medir coerción informal al

preguntar por la pérdida de dignidad o la percepción de que otras personas decidieron por ella. La mayoría de las personas usuarias describieron experiencias de baja coerción, probablemente porque estas medidas coercitivas formales no se aplicaban habitualmente en la unidad. Aunque son poco frecuentes, las formas más comunes de coerción formal en la UME fueron el ingreso involuntario y el tratamiento obligatorio. Mediante la escala, pudimos evaluar la percepción de coerción de los participantes en relación con estas dos medidas coercitivas y, como era de esperar, las personas que habían sido o estaban siendo sometidas a alguna forma de coerción formal (ingreso involuntario o tratamiento obligatorio) obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de coerción, en línea con lo reportado en otros estudios (Guzmán-Parra et al., 2019; Hirsch et al., 2021). Algunas de estas personas hicieron referencia a la coerción en las entrevistas, lo que refleja la percepción tanto de coerción como de trato injusto en sus respuestas al instrumento cuantitativo.

Fortalezas y limitaciones

Todos los trabajos incluidos en esta tesis han sido revisados por pares garantizando una alta calidad y rigor científico.

La revisión ***umbrella*** ofrece en un solo documento toda la evidencia publicada en forma de revisiones sistemáticas sobre la coerción, aportando una síntesis rápida y facilitando el trabajo a otras personas investigadoras del campo. La perspectiva general que brinda permite identificar qué áreas son las más explotadas y cuáles necesitan seguir siendo indagadas. Se trata de una revisión de alta calidad con procesos metodológicos rigurosos, desde una total transparencia del proceso y una estrategia de búsqueda perfeccionada con un grupo de expertos, hasta una minuciosa presentación de resultados. Además, desde su reciente publicación, ya cuenta con cinco citas en la página *Web of Science*. No obstante, toda revisión *umbrella* también está sujeta a algunas limitaciones, como la posible omisión de estudios relevantes y la posible introducción de errores sistemáticos durante los procesos de selección, evaluación o extracción de datos. Este tipo de estudios también pueden verse limitados por las revisiones sistemáticas o síntesis de investigación existentes, dada la gran variedad de enfoques y metodologías empleadas en las revisiones incluidas, los resultados heterogéneos y la dificultad para la realización de un metaanálisis.

La **metodología cualitativa** tanto del estudio sobre la vivencia de coerción en los y las profesionales de enfermería como de la experiencia con el trato y la coerción de las personas usuarias fue estrictamente rigurosa. La realización de entrevistas individuales ha permitido recopilar relatos reales y detallados de cada participante y explorar ámbitos difíciles de investigar, como la coerción informal. El análisis de los códigos, categorías, subtemas y temas fue realizado

de forma independiente por cada autora y posteriormente consensuado por ambas. Aun así, como limitación de cualquier estudio cualitativo, sus resultados no pueden generalizarse. Además, el hecho de que los distintos países ofrezcan una atención de salud mental en condiciones diferentes limita la comparación y generalización de nuestros resultados.

La **metodología mixta** de la parte 3 aporta varias fortalezas a esta investigación. Este enfoque combinado ha compensamos las debilidades de cada metodología por separado y nos permitió contrastar los resultados obtenidos, aproximarnos a una perspectiva más profunda del fenómeno de la coerción en nuestra unidad, aportar datos a la evidencia que podrán ser comparables en otros contextos y sugerir nuevas recomendaciones en la investigación. La **metodología cuantitativa** presenta algunas limitaciones. La principal radica en la escala utilizada; la ausencia de un instrumento para medir la coerción percibida o la coerción informal que estuviera validado en nuestro contexto cultural limita nuestra capacidad para medir cuantitativamente este fenómeno. La escala CES-18 fue diseñada para medir la experiencia de diferentes medidas coercitivas formales y su estructura permite su aplicación a cualquier otra forma de coerción formal, pero solo ha sido validada para la evaluación de la contención mecánica, el aislamiento y la medicación forzosa. Las únicas medidas coercitivas formales experimentadas por algunos de los participantes fueron el ingreso involuntario y el tratamiento obligatorio, pero las propiedades psicométricas de la CES-18 para medir estos parámetros aún se desconocen, por lo que nuestros hallazgos deben considerarse con cautela.

5. Implicaciones para la práctica y futuras investigaciones

Organismos internacionales, profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental coinciden en que es necesario limitar o suprimir el uso de medidas coercitivas, pero la coerción se sigue empleando y es un fenómeno que despierta gran interés entre los y las investigadoras.

Las percepciones y actitudes hacia la coerción podrían estar influidas por el conocimiento de este fenómeno. La formación y capacitación del personal de enfermería de salud mental en prácticas no coercitivas podría ayudarles a detectar, ser conscientes y cuestionar estas medidas, reduciendo así su uso y mejorando la experiencia de todas las partes implicadas. La formación debería: (1) concienciar sobre la existencia y aplicación de medidas coercitivas formales e informales; (2) abordar los principios éticos relacionados con la atención a la salud mental; (3) inculcar el conocimiento de todos los enfoques éticamente aceptables para una situación determinada con el fin de respetar siempre el bienestar y los derechos de la persona; y (4) proporcionar habilidades para lograr una alianza terapéutica óptima y gestionar los conflictos verbalmente con el fin de reducir el uso de medidas coercitivas.

La adquisición de conocimientos sobre la coerción podría hacer que el personal de enfermería de salud mental sea más capaz de aplicar eficazmente algunas intervenciones precisas con eficacia demostrada como la técnica de desescalada o la PAD-SM, modelos como *Safewards,* y programas como las Seis Estrategias Básicas. Aunque para ello, el personal debe recibir el apoyo institucional y los recursos necesarios para implementar esas prácticas orientadas a la no coerción.

Desde una perspectiva ética, los y las profesionales de enfermería podrían beneficiarse de una formación en la aplicación de los principios de beneficencia y no maleficencia, así como promover su bienestar emocional mediante formación para gestionar la angustia derivada de la aplicación de medidas coercitivas.

A pesar de la normativa internacional, aún queda mucho por hacer para garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, pero el desarrollo y la aplicación de nuevas políticas para suprimir la coerción y de estrategias o intervenciones para mejorar la relación terapéutica y el trato son un primer paso esencial.

Los y las profesionales de enfermería de salud mental (y de la salud en general) tienen el deber de proteger la autonomía y dignidad de las personas usuarias y de situar a la persona usuaria en el centro de su de su proceso de recuperación. Es necesario informar a las personas usuarias de sus derechos y de los casos en que pueden ser vulnerados, y los y las profesionales deben ser capaces de expresar preocupación y empatía hacia las personas atendidas, así como mejorar sus habilidades

de comunicación, ya que el trato injusto o inadecuado es inaceptable en cualquier entorno sanitario o servicio público. Las relaciones colaborativas, comunicativas, respetuosas y afectivas son vitales para una percepción positiva de los cuidados prestados.

Existe una clara necesidad de investigar cuáles son las intervenciones precisas para reducir el uso de medidas coercitivas no solo en la población adulta, sino también en niños y adolescentes, quienes son más vulnerables. También es importante estudiar más a fondo la coerción informal, ya que la evidencia disponible sobre su caracterización y consecuencias es limitada, pero parece ser la más comúnmente utilizada, por lo que, adicionalmente, existe la necesidad de crear o validar instrumentos que permitan evaluarla.

Como era de esperar en una unidad de rehabilitación orientada a la recuperación, las medidas cuantitativas de vivencia de coerción fueron bajas, lo que sugiere que el trabajo realizado en la UME para alejarse de las medidas coercitivas es adecuado, al menos en términos de medidas coercitivas formales. Al mismo tiempo, es vital determinar las cualidades psicométricas del CES-18 para medir la coerción percibida como resultado del uso de otras medidas formales de coerción como las OTC o el ingreso involuntario o crear, al igual que para la coerción informal, nuevos instrumentos que permitan conocer la coerción percibida de las personas usuarias en torno a otras medidas formales.

Conocer la experiencia y vivencia de las personas usuarias sobre el trato recibido por parte del personal de enfermería y su percepción de las situaciones coercitivas puede ayudar a los profesionales que trabajan en unidades de rehabilitación psiquiátrica de media estancia hospitalaria a sentar las bases de una cultura de trabajo orientada a la no coerción, que incluya la reflexión y el debate permanentes sobre el comportamiento ético de los profesionales hacia cada usuario.

Para finalizar, hemos de tener en cuenta que para que los paradigmas terapéuticos y de seguridad evolucionen, no solo es necesario explorar la coerción desde la perspectiva de los y las profesionales y las personas usuarias, sino también en términos de aspectos organizativos.

6. Conclusiones

La revisión *umbrella* publicada, es la primera revisión general integral y sistemática sobre la coerción en la atención de salud mental que aborda tan amplia diversidad de temas y que incluye una evaluación tan exhaustiva de la calidad y el riesgo de sesgo de las revisiones incluidas. El principal tema de investigación de las revisiones sistemáticas incluidas fue el aislamiento y la contención, y se tuvieron en cuenta las medidas objetivas de efectos nocivos, eficacia, factores relacionados y alternativas a su uso, así como las perspectivas de todas las personas implicadas en su aplicación. Así, se alcanzaron todos los objetivos de esta parte de la investigación.

Surgen contradicciones al estudiar la coerción como fenómeno. Las consecuencias físicas y emocionales de las medidas coercitivas son bien conocidas, pero la prevalencia de su uso sigue siendo alta o poco clara en todos los grupos de población. Un problema presente es el dilema ético que enfrentan los y las profesionales en su práctica clínica al intentar encontrar un equilibrio entre los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, lo que hace necesario un sistema que regule ciertas prácticas coercitivas y al mismo tiempo aumente la presión para reducirlas.

En la parte 2 pudimos describir la percepción de la coerción desde el punto de vista de los y las profesionales de enfermería de la UME, destacando que algunas profesionales siguen considerando que ciertas medidas coercitivas son un mal necesario, al tiempo que expresan la necesidad de procedimientos menos intrusivos y más respetuosos con los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental. A destacar, la proporción de participantes que no sabían lo que era la coerción a pesar de haber trabajado en salud mental durante años, y la suposición de que las medidas coercitivas en la atención a la salud mental son normales e implícitas en la práctica diaria. Este trabajo también recoge las percepciones y opiniones sobre la aplicación de alternativas a la coerción, como las políticas de puertas abiertas, y destaca la importancia de trabajar para construir una buena relación terapéutica con el fin de lograr unidades libres de coerción. En cuanto a la determinación de la correlación de las características sociodemográficas recogidas con la percepción de coerción, podemos afirmar que el tiempo trabajado en la unidad, que tiende a coincidir con la edad sí es un factor relacionado, el sexo no se pudo valorar y para la profesión (enfermera o TCAE) faltarían datos.

En la parte 3 también se cumplieron los objetivos de explorar la vivencia de coerción formal e informal de las personas usuarias de la UME, enfatizando que, para cada persona usuaria de la UME, la definición de buen trato varió ampliamente, aunque todas destacaron su importancia para mejorar su experiencia en la unidad y, por lo tanto, su percepción de la coerción. Entre las personas ingresadas existía una percepción de presión negativa o coerción informal que influía negativamente en su opinión sobre el trato en la unidad. También se midió la percepción de

coerción de estas personas y se obtuvieron puntuaciones generalmente bajas, lo que refleja una convergencia con respecto al bajo uso de las medidas coercitivas formales en esta unidad orientada a la recuperación. Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de las personas participantes y se correlacionaron estadísticamente con su percepción de coerción sin resultados significativos.

7. Referencias

Ackerknecht, EH. (1955). *A Short History of Medicine.* The Ronald Press Company.

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., García-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *63*(2), 129–144. https://doi.org/10.1177/0706743717738491

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Miranda-Paez, J., García-Spinola, E., Torres-Campos, D., Villagrán-Moreno, J. M., Moreno-Küstner, B., García-Sánchez, J. A., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Validation of a short version of the Coercion Experience Scale (CES-18): Psychometric characteristics in a Spanish sample. *Psychiatry Research, 272*, 284–289. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.126

Aguilera-Serrano, C., Heredia-Pareja, C., Guzmán-Parra, J., García-Sánchez, J.A. & Mayoral-Cleries, F. (2017). Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 1*, 1-4.

Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). PaPatients'xperiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *British Journal of Psychiatry Open, 5*(3), e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19

Allison, R., & Flemming, K. (2019). Mental health patients' experiences of softer coercion and its effects on their interactions with practitioners: A qualitative evidence synthesis. *Journal of advanced nursing, 75*(11), 2274–2284. https://doi.org/10.1111/jan.14035

Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: A case control study. *Nordic Journal of Psychiatry, 71*(7), 525-528. https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing ethics, 27*(3), 741–753. https://doi.org/10.1177/0969733019884604

Aragonés-Calleja, M. (2021). Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre "comfort room" en salud mental. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 14*, 5-11. http://doi.org/1035761/reesme.2021.14.02

Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2022). Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 60*(10), 49–55. https://doi.org/10.3928/02793695-20220428-02

Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 10.1111/inm.13248. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/inm.13248

Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(5), 983–993. https://doi.org/10.1111/jpm.12921

Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2024). Users' Experience of Treatment and Coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: A Mixed Methods Study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10.1111/jpm.13128. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jpm.13128

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis. Chapter 10: Umbrella reviews.* https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Askew, L., Fisher, P., & Beazley, P. (2019). What are adult psychiatric ininpatients'xperience of seclusion: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 26*(7-8), 274–285. https://doi.org/10.1111/jpm.12537

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). (2019). *Apostando por un mañana sin contenciones mecánicas.* http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2019/01/Posicionamiento-AEESME-Tolerancia-Cero-Contenciones-Mecánicas.-19-enero.pdf

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2018). *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental.* https://www.consaludmental.org/publicaciones/Coercion-salud-mental-aen.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.*

Azeem, M., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2017). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, 30*(4), 170–174. https://doi.org/10.1111/jcap.12190

Baillon, S., van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*(6), 444-450. https://doi.org/10.1192/apt.8.6.444

Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint--which interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, *48*(2), 83–94. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x

Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., Bhui, K., Halvorsrud, K., Pilling, S., & Smith, S. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet. Psychiatry*, *6*(4), 305–317. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6

Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., & Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, *5*(12), 1013–1022. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1

Barrios-Flores, LF. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Revista Cubana de Salud Pública*, *28*(2), 224-245. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200009&lng=es&tlng=es.

Bensimon, M., Shaul, S., Div, S., Sandler, L., & Teitelbaum, A. (2018). Patient-centered approach in closed psychiatric wards: The curative power of relaxing music chosen by patients. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 55*(2), 52. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30351282

Berge, T., Bjøntegård, K. S., Ekern, P., Furan, M., Landrø, N. I., Larsen, G., Osnes, K., Selvaag, I., & Vedlog, A. H. (2018). Coercive mental health care - dilemmas in the decision-making process. Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, *21,*138(12), 10.4045/tidsskr.17.0338. https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0338

Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)--validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC psychiatry, 10,* 5. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-5

Beviá, B., & Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *37*(132), 321-329. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200001

Billé, V., Lessard-Deschênes, C., Sergerie-Richard, S., Désilets, M., Tansey, J., & Goulet, M. H. (2024). Informal coercion in inpatient mental healthcare: a scoping review protocol. *BMJ open*, *14*(2), e079549. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079549

Björkdahl, A., Perseius, K., Samuelsson, M., & Lindberg, M. H. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(5), 472-479. https://doi.org/10.1111/inm.12205

Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(6), 499–508. https://doi.org/10.1111/jpm.12129

Bowers, L. (2015). *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards.* http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf

Bowers, L. (2016). Response to Mustafa 2015: The Safewards study lacks rigour despite its randomised design. *International Journal of Nursing Studies, 53*, 405–406. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.012

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H.,Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jefery, D., Nijman, H., Owiti, JA., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21,* 354–364. https://doi: 10.1111/jpm.12085

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 52,* 1412–1422. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

Brekke, E., Clausen, H., Brodahl, M., & Landheim, A. S. (2023). Patients' experiences with coercive mental health treatment in Flexible Assertive Community Treatment: a qualitative study. *BMC psychiatry, 23*(1), 764. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05264-z

Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems, 11,* 36. https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3

Butcher, M., Bulechek, G., Dochterman, J.M., & Wagner, CM. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 7ª ed. Barcelona: Elsevier.

Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumperscak, H. (2022). Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Frontiers in psychiatry, 13,* 856153. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856153

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *10,* 491. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*. Institute of Psychiatry. London.

Claassen, D. & Priebe, S. (2006). Ethical aspects of assertive outreach. *Psychiatry, 6*, 45-48.

Clausen, L., & Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, *2*(1), 29. https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8

Cocho-Santalla, C., Nocete-Navarro, L., López-Álvarez, I., Carballeira-Carrera, L. & Fernández-Liria, A. (2018). Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38* (134), 419-449. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200005

Comité De Bioética De Cataluña. (2017). *El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción: documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas*. Barcelona: Comité De Bioética De Cataluña.https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respecte_voluntat_persona_mental.pdf

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment). (2017). *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards)*. https://rm.coe.int/16807001c3

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental.* https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), 13 Diciembre 2006. Unión Europea. https://www.refworld.org.es/docid/5d7fbf13a.html

Corring, D., O'ReillyR. L., Sommerdyk, C., & Russell, E. (2018). What Clinicians Say About the Experience of Working With Individuals on Community Treatment Orders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *69*(7), 791–796. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700492

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Cummings, K.S., Grandfield, S.A., & Coldwell,C.M. (2010). Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *48*(6), 26–30. https://doi.org/10.3928/02793695-20100303-02

Dahm, K. T., Steiro, A. K., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Dalsbø, T. K., & Brurberg, K. G. (2017). *Interventions for Reducing Seclusion and Restraint in Mental Health Care for Adults: A Systematic Review*. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH).

Dalton-Locke, C., Marston, L., McPherson, P., & Killaspy, H. (2021). The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 607933. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607933

DECRETO 180/2021, de 5 de noviembre, del Consell, de regulación e inscripción del documento de voluntades anticipadas en el Registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunitat Valenciana. [2021/11632]. https://dogv.gva.es/datos/2021/11/18/pdf/2021_11632.pdf

De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H., & Correll, C. U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(5), 221–230. https://doi.org/10.1007/s00787-011-0160-x Ç

De Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., Van Gool, A. R., & Mulder, C. L. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 657–664. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501

Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de salud mental, 25*, 8-14.

Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, *85*(5), 427-436. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&tlng=es.

De Waardt, D.A., & van der Heijden, F.M. (2017). Gedwongen behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis in de thuissituatie [Compulsory treatment in the community for persons in need of mental health care]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *59*(4), 221–228.

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

Eby, L., & Brown, N. (2010). *Cuidados de Enfermería en Salud Mental.* (2ª edición). PEARSON.

Edan, V., Hamilton, B., & Brophy, L. (2021). Advance Planning in Mental Health Care: The Trouble with Terminology. *Journal of Law and Medicine, 28*(3), 655–662.

Eiroa-Orosa, F.J., & Limiñana-Bravo, L. (2019). An Instrument to Measure Mental Health Professionals' Beliefs and Attitudes towards Service Users' Rights. *International journal of environmental research and public health*, *16*(2), 244. https://doi.org/10.3390/ijerph16020244

Elío-Calvo, Daniel. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista Médica La Paz*, *29*(2), 112-117. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112&lng=es&tlng=es.

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., Mahlke, C., Heumann, K., Th eodoridou, A., & Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, *262*, 400–406. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014 PMID:28958458

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Equipo ED Redacción. (1 de octubre de 2021). Salas de Confort Sensorial en Salud Mental. *Revista Enfermería en Desarrollo*, *28*. https://enfermeriaendesarrollo.es/calidad-percibida/salas-de-confort-sensorial-en-salud-mental/

Eriksson, K. I., & Westrin, C. G. (1995). Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *92*(3), 225–230. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09573.x

Europa Press Murcia (7 diciembre 2019). *La 'sala confort' del Hospital Santa Lucía destaca dentro del nuevo modelo mundial de humanización en salud mental.* https://www.europapress.es/murcia/noticia-sala-

confort-hospital-santa-lucia-destaca-dentro-nuevo-modelo-mundial-humanizacion-salud-mental-20191207102058.html

Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *31* (110), 345-351.

Fakhoury, W., & Priebe, E. (2002). The process of deinstitutionalization: an internacional overview. *Current Opinion in Psychiatry*, *15* (2): 187-192.

Fernández-Vázquez, A., & Mañá-Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. El Maristán de Granada. *Cultura De Los Cuidados*, (45), 52–63. https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06

Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., Alexiev, S., Raboch, J., Kalisova, L., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Solomon, Z., Dembinskas, A., Raskauskas, V., Nawka, P., Nawka, A., Kiejna, A., Hadrys, T., Torres-Gonzales, F., Mayoral, F., … Kallert, T. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *26*(4), 201–207. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.013

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26*(5), 461–471. https://doi.org/10.1111/inm.12380 PMID:28960739

Forsyth, A. S., & Trevarrow, R. (2018). Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(6), 1689-1697. https://doi.org/10.1111/inm.12466

Foucault, M. (1967). *Madness and Civilization.* Mentor / New American Library, 1a edición.

Fröhlich, D., Rabenschlag, F., Schoppmann, S., Borgwardt, S., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2018). Positive effects of an anti-aggression and de-escalation training on ward atmosphere and subjective safety may depend on previous training experience. *Frontiers in Psychiatry*, *9,* 134. https://doi:10.3389/fpsyt.2018.00134

Galván, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *29*(2), 485-500.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200014&lng=es&tlng=es.

García-Cabeza, I., Valenti, E., & Calcedo, A. (2017). Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: A focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud Mental*, *40*(2), 63–9. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.009

Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(4), 298-303. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034538

Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *68*(8), 819–831. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314

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

Giacco, D., Conneely, M., Masoud, T., Burn, E., & Priebe, S. (2018). Interventions for involuntary psychiatric inpatients: A systematic review. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, *54*, 41–50. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.005

Gleerup, C. S., Østergaard, S. D., & Hjuler, R. S. (2019). Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry - a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica, 31*(5), 237–245. https://doi.org/10.1017/neu.2019.22

Gómez-Durán., E., Martin-Fumadó, C., Santonja, R., Campillo, M., Arimany-Manso, J., Bergk, J., & Steinert, T. (2016). Adaptación lingüística y conceptual al español de la Escala de experiencia de coerción. *Revista Española Medicina Legal, 42*(1), 24-29. http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2015.06.003

Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 142*(1), 27-39. https://doi.org/10.1111/acps.13152

Goulet, M., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *34*,139-146. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, *56*, 29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https:// doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gray, B. (2023). A voice of experience: Positive and negative experiences of mental health from a service user's/lived experience perspective. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *30*(5), 875–879. https://doi.org/10.1111/jpm.12927

Guzmán -Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J.A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J.M., Moreno-Kustner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress,
and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(2), 448-456. https://doi: 10.1111/inm.12546.

Hanlon, C., Tesfaye, M., Wondimagegn, D., & Shibre, T. (2010). Ethical and professional challenges in mental health care in low- and middle-income countries. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 22*(3), 245–251. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.482557

Hedlund-Lindberg, M., Samuelsson, M., Perseius, K., & Björkdahl, A. (2019). The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(4), 930-939. https://doi.org/10.1111/inm.12593

Helmchen, H. (2021). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte [Coercion in psychiatry: practical consequences of ethical aspects]. *Der Nervenarzt*, *92*(3), 259–266. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00998-7

Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, *25*(1), 92–110. https://doi.org/10.1177/0969733016629770

Hempeler, C., Braun, E., Potthoff, S., Gather, J., & Scholten, M. (2023). When Treatment Pressures Become Coercive: A Context-Sensitive Model of Informal Coercion in Mental Healthcare. *The*

American journal of bioethics: AJOB, 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2232754

Hermanas Hospitalarias. (4 de noviembre de 2021). *El hospital Mare de Déu de la Mercè cuenta con la primera sala multisensorial de España para pacientes con trastorno mental.* https://hospitaldelamerce.com/2021/11/04/el-hospital-mare-de-deu-de-la-merce-cuenta-con-la-primera-sala-multisensorial-de-espana-para-pacientes-con-trastorno-mental/

Higgins, N., Meehanc, T., Dartb, N., Kilshawe, M., & Fawcettb, L. (2018). Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, *88*, 114–120. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.008

Hirsch, S., Thilo, N., Steinert, T., & Flammer, E. (2021). Patients' perception of coercion with respect to antipsychotic treatment of psychotic disorders and its predictors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *56*(8), 1381–1388. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02083-z

Hochstrasser, L., Voulgaris, A., Möller, J., Zimmermann, T., Steinauer, R., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2018). Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit. *Frontiers in psychiatry, 9*, 57. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00057

Horvath, J., Steinert, T., & Jaeger, S. (2018). Antipsychotic treatment of psychotic disorders in forensic psychiatry: Patients' perception of coercion and its predictors. *International journal of law and psychiatry, 57*, 113–121. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.004

Hotzy, F., & Jaeger, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment-A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 197. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00197

Hotzy, F., Motteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, AR., Seifritz, F., Hoff, P. & Jäger, M. (2018a). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss medical weekly, 148*, w14616. https://doi.org/10.4414/smw.2018.14616

Hotzy, F., Theodoridou, A., Hoff, P., Schneeberger, AR., Seifritz, E., Olbrich, S. & Jäger, M. (2018b). Machine Learning: An Approach in Identifying Risk Factors for Coercion Compared to Binary Logistic Regression. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, article 258. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00258

Huntington, J. (1976). Coercion and compulsory hospitalization: some patients' attitudes. *The Medical journal of Australia, 2*(21), 800–801.

Ibáñez, M., & Casado, M. (2018). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. *SEMERGEN*, *44* (2), 125-130. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.05.004

Im, D., Pyo, J., Lee, H., Jung, H., & Ock, M. (2023). Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi, 56(*2), 100–110. https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471

Inchauspe, J.A. (2019). Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39*(136), 9-15. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000200001

Ivar Iversen, K., Høyer, G., Sexton, H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic journal of psychiatry, 56*(6), 433–439. https://doi.org/10.1080/08039480260389352

Jackson, H., Baker, J., & Berzins, K. (2018). What factors influence the decisions of mental health professionals to release service users from seclusion?. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(6), 1618–1633. https://doi.org/10.1111/inm.12502

Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F., & Theodoridou, A. (2014). Informal coercion in acute inpatient setting--knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry research*, *220*(3), 1007–1011. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.014

Jalil, R., & Dickens, G. L. (2018). Systematic review of studies of mental health nunurses'xperience of anger and of its relationships with their attitudes and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *25*(3), 201–213. https://doi.org/10.1111/jpm.12450

James, R., Maude, P., & Searby, A. (2022). Mental health clinician training and experiences with utilization of advance statements in Victoria, Australia. *International journal of mental health nursing*, *31*(1), 25–34. https://doi.org/10.1111/inm.12939

Jankovic, J., Richards, F., Berrisford, G., & Priebe, S. (2020). Advance statements in adult mental healthcare: An update. *Bjpsych Advances, 26* (2), 109–115. https://doi.org/10.1192/bja.2019.62

Juliá-Sanchis, R., Cabañero-Martínez, M. J., Zaragoza-Martí, M. F., & García-Sanjuán, S. (2020). Knowledge and attitudes of Spanish mental health professionals towards advance healthcare directives. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *27*(6), 699–708. https://doi.org/10.1111/jpm.12625

Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2018). Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry*, 18:304. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1866-9

Kaliora, S.C., Zervas, I.M., & Papadimitriou, G.N. (2018). *Psychiatrike = Psychiatriki*, 29(4), 291–302. https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.294.291

Kalisova, L., Raboch, J., Cihal, L., Kitzlerova, E., Cerny, M., & Eunomia, S.(2009). Perception of restriction and coercion during nonvoluntary (imposed) hospitalization and after dismissal. *Ceska a Slovenska Psychiatrie, 105*(1), 5–11.

Kersting, X., Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 400. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400

Kisely, S. (2016). Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(1), 7–14. https://doi.org/10.1177/0706743715620414

Kisely, S., Campbell, L. A., & O'ReillyR. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD004408. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5

Kisely, S., & Hall, K. (2014). An updated meta-analysis of rarandomisedontrolled evidence for the effectiveness of community treatment orders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *59*(10), 561–564. https://doi.org/10.1177/070674371405901010

Knight, M., Adkison, L., & Kovach, J. S. (2010). A comparison of multisensory and traditional interventions on inpatient psychiatry and geriatric neuropsychiatry units. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *48*(1), 24-31. https://doi.org/10.3928/02793695-20091204-03

Knox, D.K., & Holloman, G.H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *The western journal of emergency medicine*, *13*(1), 35–40. https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research, 260*, 478–485. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029

Lan, S. H., Lu, L. C., Lan, S. L., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 33*(8), 411–421. https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012

Levick, M., & Wapner, A. (1975). Advances in mental health: a case for the right to refuse treatment. *Temple law quarterly*, *48*(2), 354–383.

Ley 180/1978, del 13 de mayo en Trieste, Italia, conocida como la "Ley Basaglia".

Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. *BOE, 102*, de 19 de mayo de 1986. https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *BOE, 7,* de 8 de enero de 2001. https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1/con

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE, 274,* de 16 de mayo de 2003. https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *BOE*, 132. https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8

Liégeois A. (2023). Ethics of assertive care in mental health: A gradual concept. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1083176. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083176

Liégeois, A., Berghmans, E., & Destoop, M. (2021). Ethiek van de bemoeizorg: een casusbespreking [Ethics of assertive outreach: a case study]. *Tijdschrift voor psychiatrie, 63*(10), 755–759.

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, *108,* 103632. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632

Lindgren, B. M., Ringnér, A., Molin, J., & Graneheim, U. H. (2019). Patients' experiences of isolation in psychiatric inpatient care: Insights from a meta-ethnographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(1), 7–21. https://doi.org/10.1111/inm.12519

López-Ibor, JJ. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *36* (1): 1-9.

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

Løvsletten, M., Lossius Husum, T., Haug, E., & Granerud, A. (2020). Cooperation in the mental health treatment of patients with outpatient commitment. *SAGE Open Medicine, 8*, 2050312120926410. https://doi.org/10.1177/2050312120926410

Luciano, M., De Rosa, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Fabrazzo, M., Catapano, F., Onchev, G., Raboch, J., Mastrogianni, A., Solomon, Z., Dembinskas, A., Nawka, P., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Kallert, T., & Fiorillo, A. (2018). How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice: Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *54,* 35–40. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.002

Lykke, J., Hjorthøj, C., Thomsen, C. T., & Austin, S. F. (2020). Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives in psychiatric care*, *56*(1), 20–27. https://doi.org/10.1111/ppc.12367

Manifiesto de Cartagena. (2016). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción.* https://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf

Marietán, H. (2004). Historia de la psiquiatría. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 11* (4). https://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm

Martín, L. & Colina, F. (2018). *Manual de psicopatología.* La revolución delirante.

Martinez, D., Brodard, A., Silva, B., Diringer, O., Bonsack, C., Morandi, S., & Golay, P. (2022). Satisfaction and Perceived Coercion in Voluntary Hospitalisations: Impact of Past Coercive Experiences. *The Psychiatric quarterly*, *93*(4), 971–984. https://doi.org/10.1007/s11126-022-10005-8

Martínez-Martínez, C., Anonymous., & Sánchez-Martínez, V. (2023). All I missed in the therapeutic relationship: The lived experience narrative of a mental health nurse receiving mental healthcare. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 30*(4), 595–599. https://doi.org/10.1111/jpm.12906

Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Ballester-Martínez, J., Richart-Martínez, M. & Ramos-Pichardo, JD. (2021). A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people

with mental disorders and health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 28*(4), 721–737. https://doi.org/10.1111/jpm.12727

Masters, K.J. (2018). Seclusion and Restraint: The Voice of the Patient. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *63*(2), 78–79. https://doi.org/10.1177/0706743717743207

Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J., & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(4), 651–663. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0

McGovern J. J. (1976). Mental health--the right to refuse drug therapy under "emergency restraint statutes". *New England law review*, *11*(2), 509–540.

McLaughlin, P., Giacco, D., & Priebe, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PloS one*, *11*(12), e0168720. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720

McSherry, B. (2017). Regulating seclusion and restraint in health care settings: The promise of the convention on the rights of persons with disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, *53,* 39-44. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.05.006

McSherry, B. (2013). The legal regulation of seclusion and restraint in mental health facilities. *Journal of Law and Medicine*, *21*, 251–254.

Mellow, A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal, 22*(1), 1-15.

Mental Health Europe. (2022). *Guía breve para acabar con la coerción y las contenciones en los servicios de salud mental.* https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2022/03/Short-Guide-on-Alternatives-to-Coercion_ES_new.pdf

Molodynski, A., O'BrienA., & Burns, J. (2017). Key international themes in coercion. *British Journal of Psychiatry International, 14*(3), 61–63. https://doi.org/10.1192/S2056474000001926

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *British Journal of Psychiatry Open*, *5*(4), e53. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28

Morandi, S., Silva, B., Mendez Rubio, M., Bonsack, C., & Golay, P. (2021). Mental health professionals' feelings and attitudes towards coercion. *International Journal of Law and Psychiatry, 74*, 101665. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101665

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice, 24*(1), 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091

Muir-Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace, A., Bastiampillai, T., & Oster, C. (2020a). Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: A meta-synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(4), 425–445. https://doi.org/10.1111/jpm.12585

Muir-Cochrane, E., & Oster, C. (2021). Chemical restraint: A qualitative synthesis review of adult service user and staff experiences in mental health settings. *Nursing & health sciences*, *23*(2), 325–336. https://doi.org/10.1111/nhs.12822

Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R., & Grimmer, K. (2020b). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(2), 110–126. https://doi.org/10.1111/inm.12654

Muir-Cochrane, E., Oster, C., & Grimmer, K. (2020c). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *26*(3), 927–956. https://doi.org/10.1111/jep.13232

Mullen, A., Browne, G., Hamilton, B., Skinner, S., & Happell, B. (2022). Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International journal of mental health nursing*, *31*(5), 1090–1108. https://doi.org/10.1111/inm.13001

Mustafa, F.A. (2015) The Safewards study lacks rigour despite its randomised design. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 1906–1907. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.002

Naciones Unidas. (2016). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. https://www.refworld.org/docid/56c435714.html

Naciones Unidas. (2017). *Special rapporteur on the right to physical and mental health.* https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx

Nakhost, A., Sirotich, F., Pridham, K., Stergiopoulos, V., & Simpson, A. (2018). Coercion in outpatients under community treatment orders: A matched comparison study. *Canadian Journal of Psychiatry, 63*(11), 757–765. https://doi.org/10.1177/0706743718766053

NASMHPD [National Association of State Mental Health Program Directors (Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental)]. (2008). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*. National Association of State Mental Health Program Directors. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf.

Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *62*(5), 465–470. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465

Nielson, S., Bray, L., Carter, B., & Kiernan, J. (2020). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care, 25*(3), 342–367. https://doi.org/10.1177/1367493520937152

Nocete-Navarro, L., López de Loma-Osorio, V., Bravo-Ortiz, M.F., & Fernández-Liria, A. (2021). Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España. *Salud colectiva*, *17*, e3045. https://doi.org/10.18294/sc.2021.3045

Nogales, A. (2004). La enfermería y la salud mental: un enfoque histórico. *Revista española de drogodependencias, 29*(1,2), 9-22. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v29n1-2_ed.pdf

Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: towards a broader socio-ethical perspective. *Social science & medicine*, *156*, 204–211. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2024. *Objetivos de Desarrollo Sostenible.* https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2020. *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.* https://www.infocoponline.es/pdf/A_HRC_44_48_E.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU): Consejo de Derechos Humanos. (2016). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.* https://www.refworld.org.es/docid/56c4358d4.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254809/WHO-MSD-MHP-17.9-eng.pdf;jsessionid=74EED16A66E5DAB421864296195EAD4B?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights spspecialisedraining. Course guide.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. https://iris.who.int/handle/10665/345301.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. https://iris.who.int/handle/10665/356119.

Organización Mundial de la Salud (OMS) & Organización Naciones Unidas (ONU). (2023). *Mental health, human rights and legislation Guidance and practice.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1

Palma, J.A. (2016). *Historia negra de la medicina. "Sanguijuelas, lobotomías, sacamantecas y otros tratamientos absurdos, desagradables y terroríficos a lo largo de la historia"*. (1ª edición). Ciudadela libros.

Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(3), 590–609. https://doi.org/10.1111/inm.12855

Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M. H. (2020). Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en Soins Infirmiers*, (142), 53–76. https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053

Pelto-Piri, V., Kjellin, L., Hylén, U., Valenti, E., & Priebe, S. (2019). Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study. *BMC Research Notes, 12*(1), 787. https://doi.org/10.1186/s13104-019-4823-x

Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2022). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *The Psychiatric quarterly*, *93*(1), 107–136. https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x

Pérez-Fernández, F., & Peñaranda-Ortega, M. (2017). El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *37*(131), 95-112. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100006&lng=es&tlng=es

Pérez-Toribio, A., Broncano-Bolzoni, M., Boix-Ibars, M., Garriga-Carrizosa, M. & Martínez, L.M. (2022a). Manejo de la agitación en los entornos de salud mental. *Revista de enfermería y salud mental, 21,* 13-34.

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022b). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International journal of mental health nursing*, *31*(2), 339–347. https://doi.org/10.1111/inm.12961

Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A. & Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of advanced nursing, 73*(4), 966–976. https://doi.org/10.1111/jan.13197

Pileño-Martínez, M.E., Morillo-Rodríguez, F.J, Salvadores-Fuentes, P., & Nogales-Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados, 13*. http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06

Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2021). Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Law and Psychiatry*, *75*, 101672. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101672

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., ... & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A product from the ESRC methods programme Version, 1*(1), b92.

Potthoff, S., Gather, J., Hempeler, C., Gieselmann, A., & Scholten, M. (2022). "Voluntary in quotation marks". A conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. *BMC Psychiatry, 22*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03810-9

Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., Kiejna, A., Kjellin, L., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schuetzwohl, M., Solomon, Z., Torres-González, F., Wang, D., & Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission

after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 196*(3), 179–185. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068916

Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing, 21*(4), 310–319. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x

Rabe, S. C., Fegert, J. M., Krüger, U., & Kölch, M. (2017). Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [Coercive Measures in Child and Adolescent Psychiatry]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *66*(1), 26–46. https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.1.26

Ramos-Montes, J. (2019). La planificación de decisiones anticipadas en salud mental y adicciones. *Biodebate, 25*(86), 10-15.

Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. https://dle.rae.es/contratransferencia

Redacción BBC. (29 de junio de 2019). Los "barbáricos" experimentos contra enfermedades mentales de nuestra historia reciente (y cómo conseguimos dejarlos atrás). *BBC News Mundo.* https://www.bbc.com/mundo/noticias-48809703

Redacción Diario Sanitario. (27 de enero de 2024). *Habitaciones 'confortables' para Salud Mental.* https://diariosanitario.com/comfort-room-salud-mental-albacete/

Riahi, S., Dawe, I. C., Stuckey, M. I., & Klassen, P. E. (2016). Implementation of the Six Core Strategies for Restraint Minimization in a Specialized Mental Health Organization. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *54*(10), 32–39. https://doi.org/10.3928/02793695-20160920-06

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr, Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The western journal of emergency medicine*, *13*(1), 17–25. https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864

Rodríguez-Montes, J.A. (2013). La sangría terapéutica: del rito a la Ciencia. *Boletín de la Academia Malagueña de Ciencias, 15*, 7-20.

Roy, P. (s.f.). *Hacia un nuevo modelo de puertas abiertas para las unidades de agudos en psiquiatría. Univadis.* Recuperado el 29 de abril, de 2024, de https://www.univadis.es/viewarticle/hacia-un-nuevo-modelo-de-puertas-abiertas-para-las-unidades-de-agudos-en-psiquiatria

Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. Canadian journal of psychiatry. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(1), 15–24. https://doi.org/10.1177/0706743715620415

Safewards. (s.f). *Estrategias para la implementación de Safewards*. Recuperado el 22 de enero 2024 de https://www.safewards.net

Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2000*(2), CD001163. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163

Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Pocai, B., Palummo, C., Fico, G., Giallonardo, V., De Rosa, C., & Fiorillo, A. (2019). Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 316. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00316

Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-8.

Scanlan, J.N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far: a review of the literature. *The International journal of social psychiatry*, *56*(4), 412–423. https://doi.org/10.1177/0020764009106630

Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U. E., Bux, D. A. & Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *Journal of psychiatric research*, 189–195. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017

Shannon, P.J. (1976). Coercion and compulsory hospitalization: some patients' attitudes. *The Medical journal of Australia*, *2*(21), 798–800. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1976.tb115360.x

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (2018). *Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva* .https://irp.cdnwebsite.com/57cc745d/files/uploaded/SEPB%20-%20Consenso%20Español%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf

Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, *214*(6), 329–338. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22

Steinauer, R., Huber, C. G., Petitjean, S., Wiesbeck, G. A., Dürsteler, K. M., Lang, U. E., Seifert, C., Andreeff, K., Krausz, M., Walter, M. & Vogel, M. (2017). Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *European addiction research*, *23*(2), 87–96. https://doi.org/10.1159/000458757

Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. G., & Hirsch, S. (2019). Offene Türen in psychiatrischen Kliniken: Eine Übersicht über empirische Befunde [Open doors in psychiatric hospitals: An overview of empirical findings]. *Der Nervenarzt*, *90*(7), 680–689. https://doi.org/10.1007/s00115-019-0738-y

Steiro, A.K., Dahm, K.T., Strømme, H., & Brurberg, K.G. (2018). *Coerced medication in mental health care – a systematic mapping review.* Norwegian Institute of Public Health.https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/tvangsmedisinering-i-psykisk-helsevern-v3.pdf

Stensgaard, L., Andersen, M.K., Nordentoft, M., & Hjorthø, C. (2018). Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *Journal of Psychiatric Research,105*, 147–152. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026

Stirling, C., Aiken, F., Dale, C. & Duxbury, J. (2017). *Reducing Restrictive Practices Checklist. A self-assessment tool to help organisations ensure that the use of coercive and restrictive practice is minimised and the misuse and abuse of restraint is prevented. CPI (Crisis Prevention Institute).* https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2017/07/17-EUR-HND-0629_proofJu3.pdf

Stuart, R., Akther, S. F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers'xperiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *British Journal of Psychiatry Open*, *6*(2), e19. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101

Suess-Schwend, A., Bono Del Trigo, Á., Ibáñez-Rojo, V., Romero-Cuesta, J., Romero-Jimeno, MD., Tamayo-Velázquez, MI., & Huizing, E. (2016). Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36*(129), 79-102.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352016000100006&lng=es&tlng=es.

Sugiura, K., Pertega, E., & Holmberg, C. (2020). Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users,

informal carers, and professionals. *International Journal of Law and Psychiatry*, *73*, 101645. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101645

Sutton, D., & Nicholson, E. (2011). *Sensory modulation in acute mental health wards: A qualitative study of staff and service user perspectives.* Auckland, New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui. http://hdl.handle.net/10292/4312

Szmukler, G. & Appelbaum S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, andcompulsion in mental health care. *Journal Mental Health*, *17,* 233–44.

Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry* research, 200 (2-3), 939–944. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*, *8*, 45. https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric papatients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *24*(9-10), 681–698. https://doi.org/10.1111/jpm.12410

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Traver, F.A.R. (2006). El Hospital dels folls e ignocents: el Padre Gelabert Jofré. *Estudis castellonencs*, (11), 691-730.

Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K. M., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Mendoza, O. M., Mundt, A. P., Rugkåsa, J., Tubini, J., & Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *50*(8), 1297–1308. https://doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3

Valenti, E., & Giacco, D. (2022). Persuasion or coercion? An empirical ethics analysis about the use of influence strategies in mental health community care. *BMC health services research*, *22*(1), 1273. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08555-5

Vandamme, A., Wullschleger, A., Garbe, A., Cole, C., Heinz, A., Bermpohl, F., Mielau, J., Mahler, L., & Montag, C. (2021). The Role of Implicit and Explicit Staff Attitudes in the Use of Coercive Measures in Psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 699446. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.699446

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* (8ª edición). Elsevier.

Verbekea, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine, 223*, 89–96. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031

Vega, C., Bañón, R.M., & Fajardo, A. (2010). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Atención Primaria*, *42*(3), 176–182. https://doi:10.1016/j.aprim.2009.07.012

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry, 17*(1), 328. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0

Villasante, O. (2015). El Manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludio de la formación en enfermería psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(126), 403-419. https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000200013

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ (Clinical research ed.), 335*(7624), 806–808. https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD

Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Sheridan Rains, L., Leverton, M., Dalton-Locke, C., Trevillion, K., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hohospitalisationa systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(12), 1039–1053. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30406-7

Whiting, P., Kleijnen, Higgins, J., Caldwell, D., Reeves, B., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., & Churchill, R. (2015). *ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews: Guidance on how to use ROBIS*. http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-communitymedicine/Robis/robisguidancedocument.pdf

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R., & the ROBIS group (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in

systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology, 69*, 225–234. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005

Wiglesworth, S., & Farnworth, L. (2016). An exploration of the use of a sensory room in a forensic mental health setting: Staff and patient perspectives. *Occupational Therapy International, 23*(3), 255-264. https://doi.org/10.1002/oti.1428

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 25*(3), 188–200. https://doi.org/10.1111/jpm.12453

Woodward, S., Berry, K., & Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of psychiatric research*, *92*, 81–93. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020

Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, *12*, 10. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0189-z

Yang, Y., Li, W., An, F. R., Wang, Y. Y., Ungvari, G. S., Balbuena, L., & Xiang, Y. T. (2020). Voluntary and Involuntary Admissions for Severe Mental Illness in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *71*(1), 83–86. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900106

Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Guo, J., Lei, H., Wei, H., & Luo, W. (2018). Staff Training Reduces the Use of Physical Restraint in Mental Health Service, Evidence-based Reflection for China. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(3), 488–494. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.028

Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Li, S., Lin, J., & Xiao, A. (2021). Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry, 12*, 576662. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.576662

8. Anexos

Anexo 1. Artículo 1: Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol.

Current State of Research on Coercion in Mental Health

Umbrella Review Protocol

Miriam Aragonés-Calleja, MHN, RN; and Vanessa Sánchez-Martínez, PhD, MHN, RN

ABSTRACT

In recent years, international organizations, professionals, and representatives of mental health service users have expressed the need to regulate, limit, and even eliminate coercive measures in psychiatric treatment. The main objective of the current review is to provide a comprehensive synthesis of existing evidence on coercion in mental health care through a protocol for an umbrella review of systematic reviews. This protocol was designed according to the Joanna Briggs Institute guide for methodological development, conduct, and reporting of umbrella reviews. To minimize bias in the process, two independent reviewers selected the studies to be included, extracted, and synthesized; analyzed the data; and assessed risk of bias of each review. The review protocol was reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols guidelines. This review offers a comprehensive compilation of systematic reviews on coercion developed to date. Coercion causes adverse physical and psychological effects and is an emotional stressor for individuals with psychiatric diagnoses and health care workers. Characterization of coercion across care settings, its impact on clinical outcomes, the perception of those involved, and how coercion could be reduced will also be discussed. [*Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 60*(10), 49-55.]

From Medium-Stay Hospital Padre Jofré (M.A.-C.), and Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia (V.S.-M.), Valencia, Spain.

Disclosure: The authors have disclosed no potential conflicts of interest, financial or otherwise.

Acknowledgment: The authors thank Laura Queipo Oller and Manuel Álvarez Vizcaíno from the Health Sciences Library of the University of Valencia, who helped refine the search strategy.

Address correspondence to Vanessa Sánchez-Martínez, PhD, MHN, RN, C/Menéndez y Pelayo, no. 19, 46010, Valencia, Spain; email: vanessa.sanchez@uv.es.

Received: May 29, 2021. Accepted: November 8, 2021. Posted online: May 9, 2022.
doi:10.3928/02793695-20220428-02

Coercion impacts physical health, recovery, and psychological and emotional well-being. Seclusion or restraint results in negative emotions and has profound psychological and traumatic effects on people (Lan et al., 2017; World Health Organization [WHO], 2019). In recent years, international organizations, professionals, and representatives of mental health service users have expressed a need to regulate, limit, or even eliminate the use of coercive measures in psychiatric treatment (Aguilera-Serrano et al., 2019; Fletcher et al., 2017).

Different contributions regarding restrictive practices have been made, such as recommendations, guidelines, and regulation changes, to reduce their use. For example, the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2017) and international organizations, such as the Association for the Prevention of Torture and the United Nations (UN), demand an urgent paradigm change to regulate these practices and thus warrant users' rights (Gooding et al., 2020; McSherry, 2013; Sugiura et al., 2020; UN Human Rights Council, 2017; WHO, 2019). Furthermore, conflict management in psychiatric inpatient units has become the main

focus of nursing staff according to some authors (Higgins et al., 2018). Some approaches include the Six Core Strategies, the EUNOMIA study, or the Safewards model (Cowman et al., 2017).

Despite concerns about adverse effects of seclusion and restraint in clinical areas, there are different perspectives about the viability of its suppression (Inchauspe & Antonio, 2019). The UN Human Rights Council requested its absolute prohibition in 2017. However, the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2017) published revised norms about the use of restriction in psychiatric institutions, considering that it could be indispensable (McSherry et al., 2017).

BACKGROUND

Although there is no consensual definition, *coercion* is commonly described as "the practice of persuading someone to do something by using force or threats" (English Oxford Dictionaries, 2021). In the current article, we use the term coercion as a synonym of restrictive practices. Coercion can be formal, informal, and/or perceived. *Formal coercion* is formally regulated and documented (e.g., involuntary admission, seclusion or isolation, restriction of movement through physical or mechanical restraint, forced administration of medication), whereas *informal coercion* includes all forms of coercion and use of power, control, or manipulation without any formal decision or documentation. *Perceived coercion* can overlap with formal and informal coercion and is defined as users' subjective experience of feeling coerced (Elmer et al., 2018; Hem et al., 2018).

When mental health service users are asked about forms of coercion other than seclusion or involuntary treatment, they often refer to rigid rules and regulations (Verbeke et al., 2019) or the removal of personal belongings that are experienced as violations of their human rights (Staniszewska et al., 2019). These circumstances are why Norvoll and Pedersen (2016) concluded that coercion is a far-reaching phenomenon and formal coercion is only the tip of the iceberg. Informal coercion covers a range of more subtle practices, such as persuasion, influence on decision making, threats, or even the stigma of professionals themselves (Elmer et al., 2018; Hotzy, Theodoridou, et al., 2018).

The experience of loss of freedom is the central element of coercion. Users may feel exposed and vulnerable, which can make it difficult for them to communicate their own needs and wishes to mental health staff. The issue of coercion, with its many facets, is the oldest problem in psychiatric institutions, mainly because of the numerous attempts over time to abolish and/or moderate its use (Aguilera-Serrano et al., 2018). Coercion is ubiquitous but its nature, degree, and frequency vary, as it can be influenced by different factors. The use of coercion in the care of people with mental disorders has been reported since ancient times, more precisely, it has been registered since the Greco-Roman period, and it was opposed at different times by movements such as Alienism (Ackerknecht, 1955; Foucault, 1967; Molodynski et al., 2017).

Restrictive practices in psychiatry are often used on inpatients in response to management difficulties, conflict, or aggression (Fletcher et al., 2017). Restrictive practices should be considered the last option, only when standard procedures have failed and persons are a danger to themselves or others (Krieger et al., 2018). Professionals intervene to prevent or minimize risks, using a variety of methods to ensure safety for users and staff. These methods include drugs, close observation (Pettit et al., 2017), and/or de-escalation (Vieta et al., 2017; WHO, 2019). To achieve a safe working environment with lower rates of conflict and coercion, there is a need to encourage collaborative working between professionals and clients in the units (Tingleff et al., 2017; Vieta et al., 2017; WHO, 2019).

Many mental health care interventions have moved to outpatient settings, leading to the incorporation of coercive measures in these settings, such as Community Treatment Orders (CTOs) (Nakhost et al., 2018). CTOs are complex interventions involving legal, medical, and social service systems. Compulsory mental health care can only be used under the law when voluntary care has been tried without success, or if it is obviously futile to try (Løvsletten et al., 2020; Steiro et al., 2018), so it contributes to users' sense of coercion (Nakhost et al., 2019). These treatment plans primarily require users to attend clinic appointments and take prescribed medication, and, if necessary, the user may be brought to treatment under duress (Corring et al., 2017; Nakhost et al., 2019; Steiro et al., 2018).

A variety of studies have covered various topics related to coercion, such as different types of coercion (Aguilera-Serrano et al., 2018; Elmer et al., 2018; Hotzy, Moetteli, et al., 2018; McSherry, 2017; Molodynski et al., 2017; Sampogna et al., 2019; Vieta et al., 2017; WHO, 2019), the consequences of its application, ethical challenges involved (Aguilera-Serrano et al., 2018; Hanlon et al., 2010; Gooding et al., 2018; Guzmán-Parra et al., 2019; Hem et al., 2018; Horvath et al., 2018; Hotzy, Moetteli, et al., 2018; Hotzy, Theodoridou, et al., 2018; WHO, 2019), perceptions of users and professionals (Berge et al., 2018; Krieger et al., 2018; Staniszewska et al., 2019; Tingleff et al., 2017), and specific interventions to reduce restrictive practices (Bowers et al., 2014; Bowers et al., 2015; Fletcher et al., 2017; Gaynes et al., 2017; Gooding et al., 2018; McSherry, 2017; National Association of State Mental Health Program Directors, 2008; Stensgaard et al., 2018; Stirling et al., 2017; Vieta et al., 2017; Wilson et al., 2018; WHO, 2019), among others. Therefore, the aim of the current study is to gather, evaluate, synthesize, and improve the accessibility of existing evidence on mental health coercion through an umbrella review.

METHOD

Aims

The main objective of the current review is to provide a comprehensive syn-

COPYRIGHT © SLACK INCORPORATED

thesis of existing evidence on coercion in mental health. The more specific objectives are to: (a) characterize the phenomenon of coercion; (b) describe the effects or consequences of coercion; (c) describe the perception of the parties involved (e.g., users, professionals); and (d) examine interventions to reduce coercion and restraint.

Review Questions

Review questions are: What are the characteristics of coercion across different settings? What is the impact of coercion on clinical outcomes of care? What is the perception of the parties involved about the application of coercion? What factors influence coercion and how could it be reduced?

Design

This protocol was designed according to the Joanna Briggs Institute guide for methodological development, conduct, and reporting of an umbrella review approach (Aromataris et al., 2020). This protocol was also registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) with the registration number CRD42020196713. The review protocol was reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols 2015 checklist (Moher et al., 2015). A preliminary search was made for umbrella reviews in Cochrane Library, CINAHL, PubMed, EMBASE, PsycINFO, and PROSPERO to detect if any previous umbrella review had been planned or developed in the area of interest.

Eligibility Criteria

Inclusion Criteria. The general inclusion criterion will be coercion as the main theme (must be included in the title/abstract). We will use the PICOS/PICo framework to provide explicit criteria on the types of population (P), intervention (I), comparison (C), outcome (O), study design (S), and context (Co) for the inclusion of studies in this review. The population comprises mental health service users (irrespective of demographics and pathology), family members or primary caregivers, mental health care providers, decision makers, and researchers. The intervention/phenomenon of interest is any type of coercion (i.e., formal, informal, or perceived) or restriction in mental health. Comparisons are varied: primary studies in included systematic reviews may be intervention versus a non-exposed control group, pre- and post-cohorts, user versus non-user, as well as qualitative designs that do not mention any comparison. Outcome refers to the effects or consequences of restraint, including perceptions of those who use and to whom restraint is applied, health outcomes, ethical conflicts, policies, and interventions to reduce restraint.

Regarding study design, included studies will be systematic reviews and meta-analyses, synthesizing results of primary studies on coercion. Reviews may include empirical primary studies of any design: experimental, quasi-experimental, cross-sectional, mixed, and qualitative designs. We will identify the synthesis of published research in any language and without a year of publication filter to identify any relevant studies for this review. Regarding context, any mental health setting (e.g., acute unit, community center, addictive behavior unit, medium stay unit), regardless of country or city, may be considered.

Exclusion Criteria. Reviews will be excluded if they: incorporate theoretical studies or texts and opinions as primary sources of evidence; are not based on primary empirical studies, such as scoping reviews, or higher order reviews, such as reviews of reviews; do not provide a complete list of included primary studies; and do not describe the search strategy and explicit inclusion criteria.

Study Selection

The search strategy was designed by both researchers after trying different combinations of keywords and Boolean operators, which resulted in the most complete and accurate search possible for the research topic. This search was presented to a group of experts from the Health Sciences Library of the University of Valencia to obtain advice and verify that the search was correct. Following this consultation, the search was further refined.

A three-phase search process will be used: First, keywords will be identified through the research questions and stated objectives. Second, specific search filters will be constructed for each database. Finally, reference lists of studies meeting the inclusion criteria will be reviewed for further studies.

The main sources of information chosen were biomedical databases, such as Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE, and CINAHL, and repositories of systematic reviews, such as the JBI Database of Systematic Reviews and the Cochrane Database of Systematic Reviews. We did not rule out the option of selecting other types of sources, such as direct citation searches or hand searches of individual journals. An example of the detailed search strategy is offered in **Table A** (available in the online version of this article). The two authors will independently select studies.

The search does not have a set start date and it will include reviews published until April 29, 2021. A start date for the search was not set so as not to discard any relevant reviews and to have the option to discard them after consensus of the authors. There is no language restriction in the search. Before final analysis of the documents, the search will be run again to detect possible new reviews published during the period of data extraction.

Data Extraction

The data extraction protocol will follow the JBI Data Extraction Form for Review for Systematic Reviews and Research Syntheses (Aromataris et al., 2020). To minimize risk of bias in the review process, the two authors will independently extract the data of each review using the standardized protocol tool, including study details, author/year, objectives, participants (characteristics/total number), setting/context, descrip-

tion of interventions/phenomena of interest, search details, range (years) of included studies, number of studies included, types of studies included, country of origin of included studies, appraisal (appraisal instruments used, appraisal rating), analysis methods, outcome assessed, results/findings, significance/direction, heterogeneity, and comments. Any disagreement between the two reviewers will be resolved by consensus and where consensus is not reached, a third reviewer will be involved. Both authors must ensure that no data are missing.

Data Synthesis and Analysis

For quantitative findings, data will be synthesized in one or more summaries of evidence considering different interventions, conditions, and outcomes related to coercion in mental health. For qualitative findings, professionals' and users' experiences or perspectives about different interventions will be synthesized.

Data from each review or meta-analysis will be synthesized: objectives, type of review, participant details, setting and context, number of databases sourced and searched, date range of studies included, number of studies, types of studies, country of origin, instrument used to appraise primary studies and to rate their quality, outcomes reported relevant to the umbrella review questions, methods used to synthesize the evidence, and comments or notes.

The information provided by these studies will be analyzed in groups according to the focus and methodology (quantitative or qualitative reviews) used to approach the phenomenon of coercion in mental health care: studies centered on the description of coercion in mental health care, studies providing evidence of its clinical outcomes, studies providing evidence for interventions to reduce coercion, and studies illustrating the perspectives of the parties involved in the application of coercion.

Assessment of Risk of Bias

To assess the quality of the systematic reviews included, after analyzing the full text, the Joanna Briggs Institute critical appraisal for systematic reviews checklist will be applied. Both reviewers will assess methods quality, first independently and then jointly.

The ROBIS instrument will be used to assess risk of bias. This evaluation is completed in three steps: (1) to assess relevance, (2) to identify concerns with the review process, and (3) to assess final bias risk. The assessment covers four domains through which risk of bias can be introduced into the systematic review: eligibility criteria, identification and selection of studies, data collection and assessment of studies, and synthesis and findings (Whiting et al., 2015; Whiting et al., 2016).

Ethical Considerations

This umbrella review will comprise secondary data from primary research. There are no ethical issues of concern.

Validity, Reliability, and Rigor

To ensure validity and reliability of the umbrella review, this protocol was developed following the Joanna Briggs Institute guide for methodological development, conduct, and reporting of an umbrella review. The Joanna Briggs Institute Appraisal Tools have been developed and approved following extensive peer review processes (Aromataris et al., 2020). Two reviewers will independently select the studies to be included; extract, synthesize, and analyze the data; and assess risk of bias of each review.

DISCUSSION

Mental health care can include diverse coercive practices, in community and hospital settings, which often involve rigid rules and regulations, confiscation of personal belongings, or involuntary treatment. Such practices, in addition to compulsory treatment orders or locked wards, go against the freedom and human rights of people admitted and are considered coercive measures. Therefore, coercion can be considered a far-reaching phenomenon to be aware of (Cowman et al., 2017; Staniszewska et al., 2019; Verbeke et al., 2019).

Coercion usually causes adverse physical and psychological effects. It is an emotional stressor for mental health service users and professionals. For mental health service users, coercion frequently results in adverse physical and psychological effects (Aguilera-Serrano et al., 2019; Guzmán-Parra et al., 2019). The most frequent emotions related to coercion among users are anger, impotence (Hotzy, Theodoridou, et al., 2018), shame, rage, helplessness, desperation (McSherry, 2017), uneasiness (Krieger et al., 2018), feelings of dehumanization (Verbeke et al., 2019), and some experience posttraumatic stress disorder symptoms after the use of mechanical restraints (Guzmán-Parra et al., 2019). Moreover, coercion can cause trauma and damage the therapeutic relationship because users could perceive professionals as insensitive, negligent, or abusive (Bensimon et al., 2018).

On the other hand, the use of coercive measures is also an emotional stressor for professionals. This practice causes them anguish, anxiety, fear, frustration, disappointment, vulnerability, regret, and guilt. Moreover, they describe feeling pressured as they perceive themselves responsible for maintaining safety in the ward, a conflict that diminishes if they believe they have tried all potential alternatives (Bigwood & Crowe, 2008; Chambers et al., 2015; El-Badri & Mellsop, 2008; Moran et al., 2009). They express ethical and moral dilemmas and a conflict between beneficence and maleficence (Hem, 2018; Mellow et al., 2017).

Fortunately, some evidence suggests that different strategies or interventions might help reduce these restrictive practices. Several systematic reviews have been published on coercion and related topics, including a recent umbrella review by Barbui et al. (2020), who assessed evidence on the effectiveness of interventions to reduce coercive treatment in mental health services, which included 23 systematic reviews of quantitative data. However, the current umbrella

COPYRIGHT © SLACK INCORPORATED

review aims to go further; it is designed to improve the overall understanding of this concept and to offer in a single document a synthesis of the evidence to date on coercion in mental health.

LIMITATIONS

There are several limitations to this study. First, the variety of approaches for systematic reviews centered on coercion may lead to high heterogeneity of this umbrella review. Second, as this is a review of systematic reviews, the results or conclusions obtained will depend on the availability of studies and their quality. Every effort has been made to include all relevant studies.

IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTH POLICY

As a review of systematic reviews, the results of this umbrella review will provide synthesized evidence for a better understanding and characterization of coercion across different care settings. In addition, it will describe evidence of the impact on clinical outcomes of coercive measures, such as involuntary treatment, compulsory treatment orders, or physical restraint, considering not only harmful effects on the physical and mental health of those who experience these measures but also the perception of the parties involved in coercion (e.g., professionals, users of mental health services, their relatives). This review will summarize the evidence of the interventions or methods that could help reduce coercion. Overall, results of this umbrella review might raise professionals' awareness of the use of coercive measures and their consequences, and they could also facilitate the planning and implementation of measures in clinical practice and the development of policies to limit or reduce the use of coercion, thus diminishing its harmful effects.

CONCLUSION

Coercion usually causes adverse physical and psychological effects and is an emotional stressor for people with psychiatric diagnoses and health care providers. This review will offer a comprehensive compilation of systematic reviews on coercion developed to date.

REFERENCES

Ackerknecht, E. H. (1955). *A short history of medicine.* The Ronald Press Company.

Aguilera-Serrano, C., Guzmán-Parra, J., García-Sanchez, J. A., Moreno-Küstnere, B., & Mayoral-Cleriesa, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63*(2), 129–144. https://doi.org/10.1177/0706743717738491

Aguilera-Serrano, C., Guzmán-Parra, J., Miranda-Paez, J., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán-Moreno, J. M., Moreno-Küstner, B., García-Sanchez, J. A., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Validation of a short version of the Coercion Experience Scale (CES-18): Psychometric characteristics in a Spanish sample. *Psychiatry Research, 272,* 284–289. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.126 PMID:30594761

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2020). Chapter 10: Umbrella reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis.* https://synthesismanual.jbi.global

Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Caldas-de-Almeida, J. M., Eaton, J., Gureje, O., Hanlon, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Saraceno, B., Saxena, S., Tedeschi, F., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *The British Journal of Psychiatry, 218*(4) 1–11. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.144

Bensimon, M., Shaul, S., Div, S., Sandler, L., & Teitelbaum, A. (2018). Patient-centered approach in closed psychiatric wards: The curative power of relaxing music chosen by patients. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 55*(2), 52–57. PMID:30351282

Berge, T., Bjøntegård, K. S., Ekern, P., Furan, M., Landrø, N. I., Larsen, G. J. S., Osnes, K., Selvaag, I., & Vedlog, A. H. (2018). Use of coercion in mental health care: Dilemmas in the decision-making process [article in Norwegian]. *Tidsskr Nor Laegeforen, 12,* 1–8.

Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(3), 215–222. https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0338 PMID:18460083

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21,* 354–364. https://doi.org/10.1111/jpm.12085 PMID:24460906

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., Hodsoll, J., & the SUGAR. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 52,* 1412–1422. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001 PMID:26166187

Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V., & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(5), 289–297. https://doi.org/10.1111/jpm.12199 PMID:25944483

Corring, D., O'Reilly, R., & Sommerdyk, C. (2017). A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. *International Journal of Law and Psychiatry, 52,* 74–80. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.002

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J., & the European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries. *BMC Health Services Research, 17*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7 PMID:28103871

El-Badri, S., & Mellsop, G. (2008). Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry, 16*(4), 248–252. https://doi.org/10.1080/10398560802027302 PMID:18608169

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., Mahlke, C., Heumann, K., Theodoridou, A., & Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research, 262,* 400–406. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014 PMID:28958458

English Oxford Dictionaries. (2021). *Coercion.* https://www.lexico.com/en/definition/coercion

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2017). *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards).* https://rm.coe.int/16807001c3

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing, 26,* 461–471. https://doi.org/10.1111/inm.12380 PMID:28960739

Foucault, M. (1967). *Madness and civilization* (1st

ed.). Mentor/New American Library.
Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 68*(8), 819–831. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314 PMID:28412887
Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: An international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 142*(1), 27-39. https://doi.org/10.1111/acps.13152
Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sanchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(2), 448–456. https://doi.org/10.1111/inm.12546 PMID:30239098
Hanlon, C., Tesfaye, M., Wondimagegn, D., & Shibre, T. (2010). Ethical and professional challenges in mental health care in low- and middle-income countries. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 22*(3), 245–251. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.482557 PMID:20528653
Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health care professionals. *BMC Medical Ethics, 19*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12910-018-0297-y PMID:29871682
Higgins, N., Meehanc, T., Dartb, N., Kilshawe, M., & Fawcettb, L. (2018). Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies, 88,* 114–120. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.008
Horvath, J., Steinert, T., & Jaeger, S. (2018). Antipsychotic treatment of psychotic disorders in forensic psychiatry: Patients' perception of coercion and its predictors. *International Journal of Law and Psychiatry, 57,* 113–121. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.004 PMID:29548498
Hotzy, F., Moetteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, A. R., Seifritz, E., Hoff, P., & Jäger, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: An observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Medical Weekly, 148,* w14616. https://doi.org/10.4414/smw.2018.14616 PMID:29698543
Hotzy, F., Theodoridou, A., Hoff, P., Schneeberger, A. R., Seifritz, E., Olbrich, S., & Jäger, M. (2018). Machine learning: An approach in identifying risk factors for coercion compared to binary logistic regression. *Frontiers in Psychiatry, 9,* 258. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00258 PMID:29946273
Inchauspe, A., & Antonio, J. (2019). Presence of coercion and assistance in mental health: From the declarative struggle to promote alternatives [article in Spanish]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39*(136), 9–15. https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000200001
Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research, 260,* 478–485. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029 PMID:29287276
Lan, S. H., Lu, L. C., Lan, S. L., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 33*(8), 411–421. https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012
Løvsletten, M., Lossius Husum, T., Haug, E., & Granerud, A. (2020). Cooperation in the mental health treatment of patients with outpatient commitment. *SAGE Open Medicine, 8,* 2050312120926410. https://doi.org/10.1177/2050312120926410
McSherry, B. (2013). The legal regulation of seclusion and restraint in mental health facilities. *Journal of Law and Medicine, 21,* 251–254. PMID:24597370
McSherry, B. (2017). Regulating seclusion and restraint in health care settings: The promise of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry, 53,* 39–44. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.05.006 PMID:28595808
Mellow, A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review (Brighton), 22*(1), 1–15. https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007
Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & the PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews, 4*(1), 1. https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1 PMID:25554246
Molodynski, A., O'Brien, A., & Burns, J. (2017). Key international themes in coercion. *BJPsych International, 14*(3), 61–63. https://doi.org/10.1192/S2056474000001926 PMID:29093947
Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniuliene, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(7), 599–605. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x PMID:19689553
Nakhost, A., Simpson, A., & Sirotich, F. (2019). Service users' knowledge and views on outpatients' compulsory community treatment orders: A cross-sectional matched comparison study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(10), 726–735. https://doi.org/10.1177/0706743719828961
Nakhost, A., Sirotich, F., Pridham, K., Stergiopoulos, V., & Simpson, A. (2018). Coercion in outpatients under community treatment orders: A matched comparison study. *Canadian Journal of Psychiatry, 63*(11), 757–765. https://doi.org/10.1177/0706743718766053
National Association of State Mental Health Program Directors. (2008). *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf
Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine, 156,* 204–211. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033 PMID:27054304
Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., & Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 73*(4), 966–976. https://doi.org/10.1111/jan.13197 PMID:27809370
Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Pocai, B., Palummo, C., Fico, G., Giallonardo, V., De Rosa, C., & Fiorillo, A. (2019). Perceived coercion among patients admitted in psychiatric wards: Italian results of the EUNOMIA study. *Frontiers in Psychiatry, 10,* 316. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00316 PMID:31164841
Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 214,* 329–338. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22 PMID:30894243
Steiro, A. K., Dahm, K. T., Strømme, H., & Brurberg, K. G. (2018). *Coerced medication in mental health care: A systematic mapping review* [article in Norwegian]. Norwegian Institute of Public Health. https://

COPYRIGHT © SLACK INCORPORATED

www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/tvangsmedisinering-i-psykisk-helsevern-v3.pdf

Stensgaard, L., Andersen, M. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *Journal of Psychiatric Research, 105,* 147–152. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026 PMID:30223184

Stirling, C., Aiken, F., Dale, C., & Duxbury, J. (2017). *Reducing Restrictive Practices Checklist: A self-assessment tool to help organisations ensure that the use of coercive and restrictive practice is minimised and the misuse and abuse of restraint is prevented.* https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2017/07/17-EUR-HND-0629_proofJu3.pdf

Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 98*(1), 52–58. https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906 PMID:31902962

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect": A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(9-10), 681–698. https://doi.org/10.1111/jpm.12410 PMID:28665512

United Nations Human Rights Council. (2017). *Special rapporteur on the right to physical and mental health.* https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx

Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine, 223,* 89–96. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031 PMID:30739039

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry, 17*(1), 328. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0 PMID:28886752

Whiting, P., Kleijnen, Higgins, J., Caldwell, D., Reeves, B., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., & Churchill, R. (2015). *ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews: Guidance on how to use ROBIS.* http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-community-medicine/robis/robisguidancedocument.pdf

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R., & the ROBIS group (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology, 69,* 225–234. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25,* 188–200. https://doi.org/10.1111/jpm.12453 PMID:29323442

World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training. Course guide.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf

Table A. Search Strategy Applied in PubMed.

1	Coercion[MeSH Terms]
2	((mental[Title/Abstract]) OR (psychiatric*[Title/Abstract]) OR (psychos*[Title/Abstract]) OR (psychot*[Title/Abstract])
3	((coerc*[Title/Abstract]) OR (restraint[Title/Abstract]) OR (seclusion[Title/Abstract]) OR (force*[Title/Abstract]) OR (involuntary[Title/Abstract]) OR (duress[Title/Abstract]) OR (compulsion[Title/Abstract])
4	((experience*[Title/Abstract]) OR (perception[Title/Abstract]) OR (right*[Title/Abstract]) OR (ethic*[Title/Abstract]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (attitudes[Title/Abstract]) OR (therapeutic relationship[Title/Abstract]) OR (outcome*[Title/Abstract]) OR (decision making[Title/Abstract]) OR (decision-making[Title/Abstract])
5	((systematic review[Title/Abstract]) OR (meta-analysis[Title/Abstract])
TOTAL	(#1 OR #2) AND #3 AND #4 AND #5 ((((coercion[MeSH Terms]) OR (((mental[Title/Abstract]) OR (psychiatric*[Title/Abstract]) OR (psychos*[Title/Abstract]) OR (psychot*[Title/Abstract]))) AND (((coerc*[Title/Abstract]) OR (restraint[Title/Abstract]) OR (seclusion[Title/Abstract]) OR (force*[Title/Abstract]) OR (involuntary[Title/Abstract]) OR (duress[Title/Abstract]) OR (compulsion[Title/Abstract]))) AND (((experience*[Title/Abstract]) OR (perception[Title/Abstract]) OR (right*[Title/Abstract]) OR (ethic*[Title/Abstract]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (attitudes[Title/Abstract]) OR (therapeutic relationship[Title/Abstract]) OR (outcome*[Title/Abstract]) OR (decision making[Title/Abstract]) OR (decision-making[Title/Abstract]))) AND (((systematic review[Title/Abstract]) OR (meta-analysis[Title/Abstract]))

Anexo 2. Artículo 2: Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review.

Check for updates

Received: 11 December 2022 | Accepted: 15 October 2023

DOI: 10.1111/inm.13248

REVIEW ARTICLE

International Journal of Mental Health Nursing

Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review

Miriam Aragonés-Calleja[1,2] | **Vanessa Sánchez-Martínez**[2]

[1]Mental Health Department, Hospital Padre Jofre, Valencia, Spain

[2]Department of Nursing, Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, Valencia, Spain

Correspondence
Vanessa Sánchez-Martínez, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, C/ Menéndez y Pelayo, n° 19, Valencia 46010, Spain.
Email: vanessa.sanchez@uv.es

Funding information
The Spanish Mental Health Nurses Association (AEESME) 2020 Research Grant; Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research of the Valencian Region (FISABIO), Grant/ Award Number: UGP-21-017

Abstract

Coercion in mental healthcare is ubiquitous and affects the physical health, recovery and psychological and emotional well-being of those who experience it. Numerous studies have explored different issues related to coercion, and the present umbrella review aims to gather, evaluate and synthesise the evidence found across systematic reviews. The protocol, registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO registration number: CRD42020196713), included 46 systematic reviews and meta-analyses of primary studies whose main theme was coercion and which were obtained from databases (Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE and CINAHL) and repositories of systematic reviews following the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses guidelines. All the reviews were subjected to independent assessment of quality and risk of bias and were grouped in two categories: (1) evidence on specific coercive measures (including Community Treatment Orders, forced treatment, involuntary admissions, seclusion and restriction and informal coercion), taking into account their prevalence, related factors, effectiveness, harmful effects and alternatives to reduce their use; and (2) experiences, perceptions and attitudes concerning coercion of professionals, mental health service users and their caregivers or relatives. This umbrella review can be useful to professionals and users in addressing the wide variety of aspects encompassed by coercion and the implications for professionals' daily clinical practice in mental health units. This research received funding from two competitive calls.

KEYWORDS
coercion, mental health, systematic review

INTRODUCTION

Coercion affects physical health, recovery and psychological and emotional well-being, resulting in negative emotions and causing profound psychological and traumatic effects in individuals (Lan et al., 2017; World Health Organization [WHO], 2019). The need to limit, regulate or even suppress the use of coercive measures in mental health care has been highlighted by international organisations, professionals and representatives of mental health service users (Aguilera-Serrano et al., 2019; Fletcher et al., 2017).

In this document, the term coercion will be used as a synonym for restrictive practices, which can be formal or informal. Formal coercion is regulated and documented, and its main representations are involuntary admission, seclusion or isolation, restriction of movement through physical or mechanical restraint and the forced administration of medication. Informal coercion, on the other hand, is not formally decided or documented and covers a range of more subtle practices, such as persuasion, influence over decision-making, threats and the stigmatising attitudes of professionals themselves (Elmer et al., 2018; Hem et al., 2018; Hotzy et al., 2018). At the core of coercion is the experience of a loss of freedom; indeed, users may feel vulnerable and exposed, which can limit them from communicating their own needs and wishes to mental health staff (Hem et al., 2018).

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.
© 2023 The Authors. *International Journal of Mental Health Nursing* published by John Wiley & Sons Australia, Ltd.

Coercion in mental healthcare is ubiquitous, but its nature, frequency and degree vary, as it can be influenced by different factors (Molodynski et al., 2017). Although restrictive practices should be considered the last option, only to be resorted to when other procedures have failed and individuals are a danger to themselves or others (Krieger et al., 2018), they are frequently applied to inpatients in response to management difficulties, conflict or aggression (Fletcher et al., 2017). It is possible that lower rates of conflict and coercion can be achieved through collaborative working between professionals and mental health service users (Tingleff et al., 2017; Vieta et al., 2017; WHO, 2019). However, not only inpatients experience coercion; the transference of many mental healthcare interventions to outpatient settings has led to the application of coercive measures in the community, such as Community Treatment Orders (CTOs) (Nakhost et al., 2018).

Numerous studies have explored different topics related to coercion, such as the different types, the consequences of its application, the ethical challenges involved, perceptions of users and professionals and specific interventions to reduce restrictive practices, among others. As a result of this research, a series of systematic reviews have been published regarding these topics. The aim of this umbrella review is to gather, evaluate and synthesise the existing evidence on mental health coercion provided by the systematic reviews found in the literature.

METHODS

Design

This umbrella review was developed according to the Joanna Briggs Institute (JBI) manual for evidence synthesis (Aromataris et al., 2020). The review protocol was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO RN: CRD42020196713) in July 2020 and was published as an article in 2022 (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2022). The reporting of this umbrella review adheres to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines.

Eligibility criteria

Inclusion criteria

The general inclusion criterion was coercion as the main theme. We used the PICOS or PICo framework to provide explicit criteria on:

- Population comprised of mental health service users, family members or primary caregivers, mental healthcare providers, decision-makers and researchers.
- Intervention or phenomenon of interest considered any type of coercion (formal, informal or perceived) or restriction in mental health.
- Comparisons were varied, as primary studies in the systematic reviews could be intervention versus a non-exposed control group, pre-and-post cohorts, user versus non-user, as well as qualitative designs that did not mention any comparison.
- Outcomes were the effects or consequences of restraint, including perceptions of those who use and to whom restraint is applied, health outcomes, ethical conflicts, policies and interventions to reduce restraint.
- Study design included systematic reviews and meta-analyses, synthesising the results of primary studies on coercion. Reviews could include empirical primary studies of any design: experimental, quasi-experimental, cross-sectional, mixed and qualitative designs. We identified the synthesis of published research in any language and without a year of publication filter, to identify any relevant studies.
- Context (Co) involved any mental health setting (acute unit, community centre, addictive behaviour unit, medium stay unit, etc), regardless of country or city.

Exclusion criteria

Reviews were excluded if they incorporated texts and opinions or theoretical studies as primary sources of evidence; were not based on primary empirical studies, such as scoping reviews, as well as higher order reviews, such as reviews of reviews; if they did not provide a complete list of included primary studies; and if they did not describe the search strategy and explicit inclusion criteria.

Study selection

Both authors designed the search strategy after trying different combinations of keywords and Boolean operators, to obtain an accurate and comprehensive combination for the research topic. This strategy was presented to a group of experts from the Health Sciences Library of the University of Valencia, after which the search was further refined.

A 3-phase search process was used. First, keywords were identified through the research questions and stated objectives. Second, specific search filters were constructed for each database. The reference lists of studies meeting the inclusion criteria were reviewed.

The main sources of information were biomedical databases such as Medline/PubMed, PsycINFO, EMBASE and CINAHL; repositories of systematic reviews, such as the JBI Database of Systematic Reviews and the Cochrane Database of Systematic Reviews. We considered other sources, such as direct citation searches or hand searches of individual journals. The search

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

strategies used in the different sources are available in the File S1 (Search strategy).

There was no start date for the search and it included reviews published until 29 April 2021. A start date for the search was not set to avoid discarding relevant reviews and to have the option to supress them based on author consensus. There were no language restrictions on the search.

The search resulted in 921 studies being identified. After removing duplicates (n=443), both authors independently examined the titles and abstracts of 478 articles, selecting 71 for full-text reading, of which 44 met the inclusion criteria. Two more articles were added after the reference lists of the included articles were checked (n=46). The flow diagram of the study selection process is shown in Figure 1. The list of excluded studies is available in File S2 (List of excluded studies).

Data extraction

To minimise the risk of bias, data extraction was carried out independently by the two authors using the JBI data extraction template for systematic reviews and research syntheses (Aromataris et al., 2020). The standardised protocol template included the following study details: author/year, objectives, participants (characteristics/total number), setting/context, description of interventions/phenomena of interest, search details, range (years) of included studies, number of studies included, types of studies included, country of origin of included studies, appraisal (appraisal instruments used, appraisal rating), analysis methods, outcome assessed, results/findings, significance/direction, heterogeneity and comments. Any disagreement between the reviewers was resolved by consensus. The data extraction process was supported by Microsoft Excel 2016.

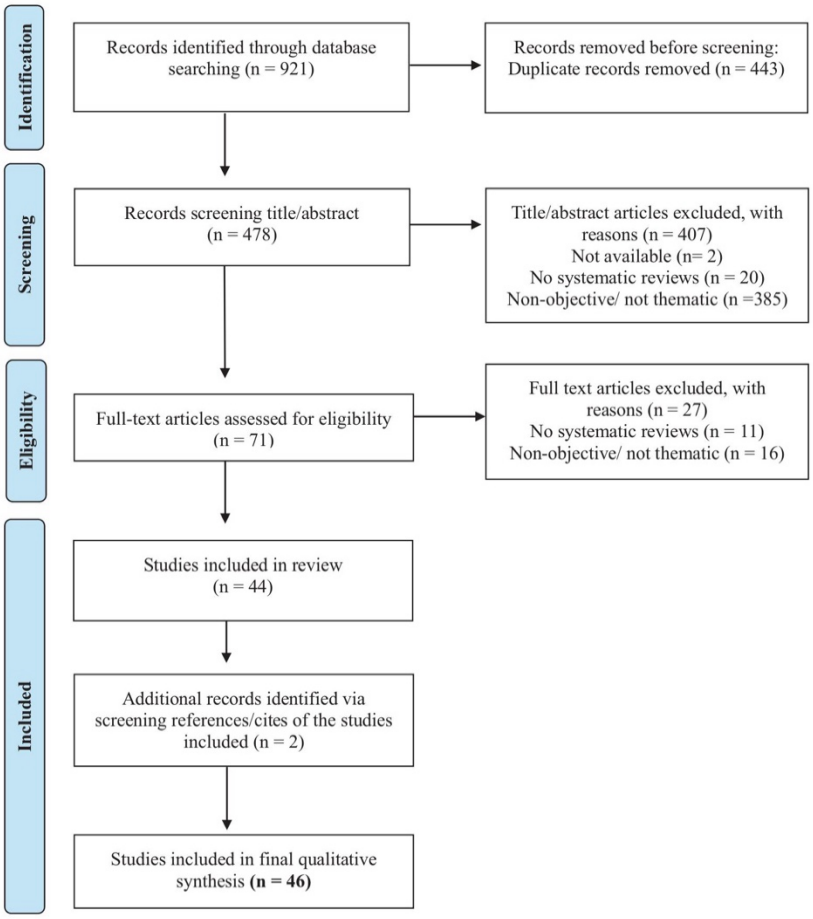


FIGURE 1 Flow diagram of the study selection process.

14770349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Data synthesis and analysis

Our initial protocol was designed to group the information according to focus and methodology (qualitative or quantitative reviews); however, given the number and heterogeneity of the studies included, a structured narrative synthesis and a thematic synthesis were developed to synthesise the key findings in an accessible format. The evidence provided by the systematic reviews regarding the prevalence, effectiveness, unintended effects, related factors and interventions to reduce the use of the specific forms of coercion was summarised using a narrative synthesis (Popay et al., 2006). A thematic synthesis was developed to summarise the experience, perceptions and attitudes of all those implicated in the application of any coercive measure (namely professionals, mental health service users and their caregivers) described in the systematic reviews, following the recommendations of Thomas and Harden (2008). The analyses reached the descriptive level, given the synthetic aim of this review.

Ethics

This umbrella review comprises secondary data from primary research. Therefore, there are no ethical issues of concern.

Assessment of risk of bias

After full-text analysis and data extraction, the JBI Critical Appraisal Tool 'Checklist for Systematic Reviews' was used to assess the quality of the studies included. Quality was assessed by each researcher independently. The quality score for each article was agreed upon: scores equal to or under four out of 11 were considered low quality; those of 5–7 out of 11 were considered moderate; and those of eight out of 11 and higher were considered high quality.

The Risk of Bias Assessment Tool for Systematic Reviews (ROBIS) was also applied independently by the two authors (Whiting et al., 2015, 2016), who classified the studies according to their risk of bias as low, unclear or high. No studies were excluded due to their quality or risk of bias, but these factors were considered during the analyses of the results.

RESULTS

Characteristics of the included reviews

The final synthesis included 46 articles, of which some were systematic reviews ($n=36$, 29 of which were qualitative syntheses) and others were systematic reviews, including meta-analyses ($n=10$). Most had been published in the previous 5 years and in English, except for one article published in Dutch (De Waardt & van der Heijden, 2017), one in German (Rabe et al., 2017), one in Norwegian (Dahm et al., 2017) and one in French (Pariseau-Legault et al., 2020). Articles originally published in Dutch, German and French were translated into English using DeepL Pro. The number of studies included in each review ranged from $N=0$ (Sailas & Fenton, 2000) to $N=311$ (Muir-Cochrane et al., 2020a; Muir-Cochrane et al., 2020b; Muir-Cochrane et al., 2020c), and the year of publication ranged from 2000 (Sailas & Fenton, 2000) to 2021 (Plunkett & Kelly, 2021). The main contexts were psychiatric inpatient units and community settings in diverse countries. The extraction table is offered to readers as supplementary material (File S3. Full data extraction table). The quality and the risk of bias of the systematic reviews included in each category are summarised in Figures 2 and 3, where it can be seen that 48% ($N=22$) were of high quality and a low risk of bias, while 2% ($N=1$) were of low quality and a high risk of bias.

Studies were classified into two categories:

- Evidence on specific coercive measures. This category included six subcategories: seclusion and restriction; forced treatment; involuntary admissions; coercion in community care (Community Treatment Orders); informal coercion; and coercion in general. For every subcategory, we described the evidence concerning their prevalence, effectiveness, harmful effects, related factors and alternatives to reduce their use.
- Professionals, mental health service users and their caregivers or relatives' experiences, perceptions and attitudes towards coercion and specific coercive measures.

Evidence on specific coercive measures

The 35 articles regarding different specific coercive measures were classified in six subcategories: seclusion and restriction; forced treatment; involuntary admissions; coercion in community care (CTOs); informal coercion; and coercion in general. Some reviews addressed more than one subcategory and were thus included in more than one. The study characteristics, objectives, methodological quality and risk of bias of the studies included in this category and subcategories are summarised in Table 1.

Seclusion and restriction

Fifteen systematic reviews addressed seclusion and physical or mechanical restraint as coercive measures in psychiatric inpatient units, estimating their prevalence (De Hert et al., 2011; Rabe et al., 2017), focusing

14780349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

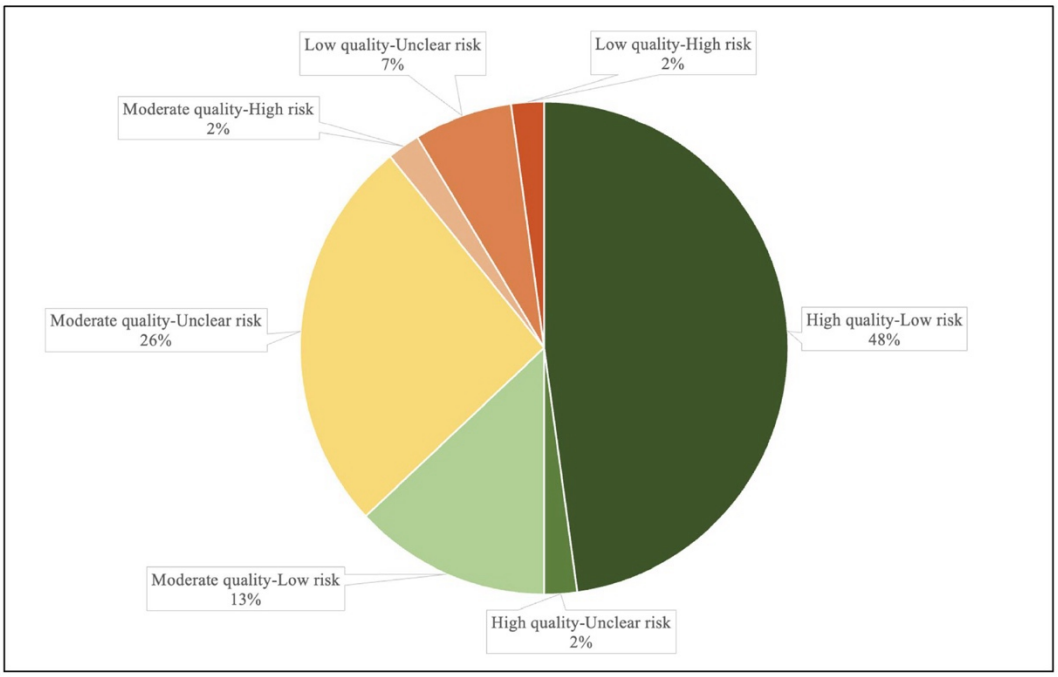


FIGURE 2 Overall quality and risk of bias of the studies.

on their effectiveness (Sailas & Fenton, 2000), summarising their harmful consequences (Chieze et al., 2019; Gleerup et al., 2019; Kersting et al., 2019; Nielson et al., 2020), describing the preference of users for seclusion over mechanical restraint (Gleerup et al., 2019), detailing the factors related to the use of seclusion and restriction (Chieze et al., 2019; Jackson et al., 2018; Jalil & Dickens, 2018; Nielson et al., 2020) and introducing interventions to reduce their use (Bak et al., 2012; Bryson et al., 2017; Dahm et al., 2017; Gaynes et al., 2017; Goulet et al., 2017; Ye et al., 2018).

Regarding the *prevalence* of seclusion and restriction, the review by Rabe et al. (2017) reported a high but unspecified prevalence of the use of coercive measures among children and adolescents. De Hert et al. (2011) also studied seclusion and restraint in children and adolescents, finding high rates of seclusion (26% of patients; 67/1000 patient days), and restraint (29% of patients; 42.7/1000 patient days) in their systematic review.

In the case of the *effectiveness* of seclusion and restraint, Sailas and Fenton considered randomised controlled trials in their 2000 review. The authors attempted to compare their effects with those of 'standard care' or other alternative approaches in mental health units, but found no studies to include in their review.

Four reviews (Chieze et al., 2019; Gleerup et al., 2019; Kersting et al., 2019; Nielson et al., 2020) analysed the *harm and unintended effects* that seclusion and restraint suppose for users. In their review regarding physical harm, Kersting et al. (2019) included 67 studies, among which restraint was the most frequently reported coercive measure and death its most frequently described harm. Cardiac arrest due to chest compression or strangulation was reported in 23 studies, while pulmonary embolism was named in eight studies. Other types of harm included venous thromboembolism and injuries during physical restraint, which were reported in 0.8%–4% of cases. Chieze et al. (2019) studied the psychological sequelae of seclusion and restraint, which generally consisted of a high incidence of post-traumatic stress disorder (25%–47%), especially in individuals with past traumatic events. The review by Gleerup et al. (2019) compared the length of stay for those in seclusion and restriction versus those who were not subjected to these methods and reported that the mean length of stay was 25 days longer for those in seclusion than for those not in seclusion, while in the case of mechanical restraint, the mean length of stay for those undergoing seclusion was only 5 days longer than for those who did not undergo it. They also found that mechanical restraint appeared to be a safer option, with less severe self-harm and shorter stays in comparison to seclusion. With respect to the potential harm caused by seclusion and restraint in children and adolescents, Nielson et al. (2020) highlighted that the main consequences of physical restraint were physical and emotional damage.

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

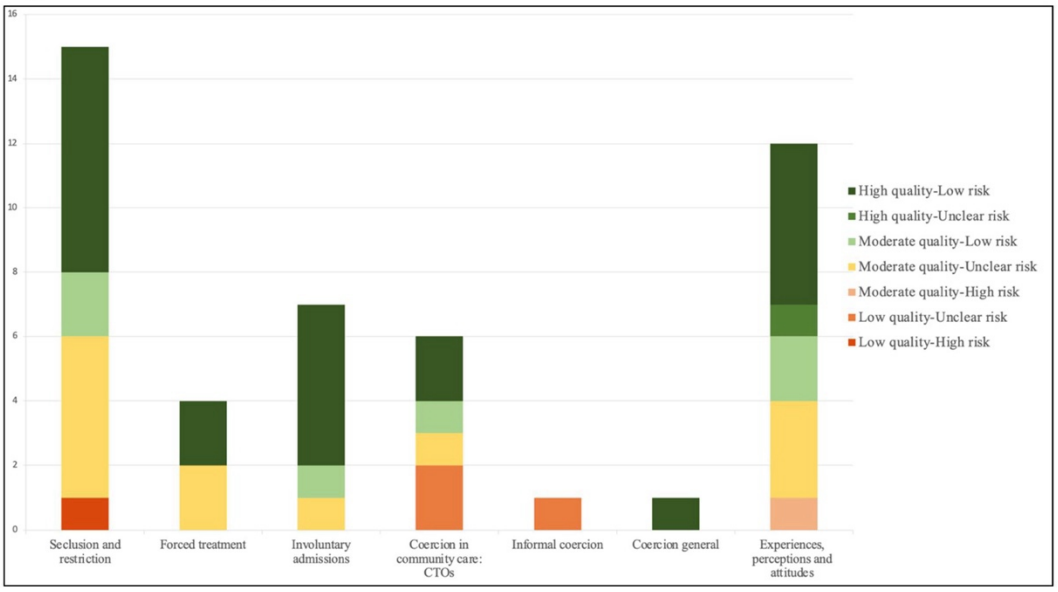


FIGURE 3 Quality and risk of bias of the studies by category.

The review by Gleerup et al. (2019) concluded that users generally *prefer* seclusion over mechanical restraint, but three of the 11 studies they contemplated were based on 'hypothetical' exposure to coercion; that is, participants rated coercive measures to which they had not necessarily been exposed, based solely on descriptions of the measures.

Regarding the *factors related* to the use of seclusion and restriction, Chieze et al. (2019) focused on psychiatric diagnosis, and concluded that those most frequently associated with the use of these measures were schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorders during manic episodes. Nielson et al. (2020) followed the methodological recommendations set out by De Hert et al. (2011) to study the diverse factors related to the use of seclusion and restriction in children and adolescents and identified characteristics that can help to predict the application of coercive measures, such as younger age, diagnosis of a psychotic disorder, multiple previous hospital admissions, trauma, self-harm and a history of aggression. They also described the most common reasons for the use of coercion, including risk behaviours, such as agitation, heteroagression and threats, and longer admissions. Jackson et al. (2018) studied the factors influencing mental health professionals in their decisions to release service users from seclusion. They divided factors into two groups: environmental and organisational. Two main environmental factors could delay this decision: a stressful environment and the need to maintain security in the wards. Two organisational factors were also involved; namely, the belief among staff that seclusion and isolation contributed paradoxically to both instability and security in the ward. In this sense, during unstable periods, the commitment of staff to work was undermined and staff insecurity increased, resulting in a reluctance to end seclusion measures. Focusing on the professionals' role in the use of seclusion and restriction, Jalil and Dickens (2018) studied the influence of mental health nurses' anger related to service users and their clinical management, or to work and the work environment. Their results suggested that anger influenced the use of physical restriction and seclusion, though they were unable to demonstrate this categorically. In addition, they found that anger could have negative consequences both for nurses' well-being and for the care provided.

In the case of the reviews that focused on *interventions to reduce the use* of mechanical restraint, Bak et al. (2012) concluded that three types were more likely to reduce the number of such interventions: the implementation of cognitive milieu therapy (achieving a reduction of 87%); combined interventions (programmes consisting of several interventions, such as user education, staff education, user involvement, programmatic changes, high-level administrative support, cultural changes and data analysis, among others) and patient-centred care. Goulet et al. (2017) studied alternatives to seclusion and restraint in their evaluation of 23 articles. Six key components predominated in all seclusion and restraint-reduction programmes: leadership, training, post-seclusion and/or restraint review, users' involvement, prevention tools and environment. In parallel, Gaynes et al. (2017) reported positive results for two strategies that effectively reduced aggressive behaviour and the use of seclusion and restraint: risk assessment and multimodal interventions consistent with the principles of the Six Core Strategies.

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 Study characteristics, objectives, methodological quality and risk of bias of the studies included in the theme 'Evidence on specific coercive measures'.

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Seclusion and restriction						
Sailas and Fenton (2000)	To compare the effects of seclusion and restraint with standard care or other alternative care in mental health units	0	Not applicable	Not applicable	8/8 High quality	Low risk
De Hert et al. (2011)	To analyse the prevalence and determinants of seclusion and restraint in children and adolescent population	7	United States (4), Australia (2) and Europe (1)	Quantitative systematic review	6/11 Moderate quality	Unclear risk
Bak et al. (2012)	To identify interventions that prevent mechanical restraint	59	International	Qualitative and quantitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk
Bryson et al. (2017)	To examine trauma-informed care in in mental health and residential treatment settings for youth	13	Not mentioned	Qualitative systematic review	6/11 Moderate quality	Unclear risk
Dahm et al. (2017)	To summarise the evidence about interventions for reducing seclusion and restraint in mental healthcare for adults	21	Norway (2), Switzerland (2), Finland (2), Netherlands (5), United Kingdom (6), Denmark (2), Australia (1) and United States (1)	Quantitative systematic review	10/11 High quality	Low risk
Gaynes et al. (2017)	To compare the effectiveness of strategies to prevent and de-escalate aggressive behaviours among mental health inpatients for reducing use of seclusion and restraint	17	United States (8) and others (9)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk
Goulet et al. (2017)	To evaluate the effectiveness of mental health restraint and seclusion reduction programmes	23	United States (10), Australia (4), Netherlands (4), United Kingdom (3), Sweden (1) and Finland (1)	Qualitative systematic review	10/11 High quality	Low risk
Rabe et al. (2017)	To provide a current overview of the use of coercive measures in child and adolescent psychiatry	12	Australia (2), United States (4), Finland (1), Switzerland (1), Germany (1), Norway (1), New Zealand (1) and Canada (1)	Quantitative systematic review	4/11 Low quality	High risk
Jackson et al. (2018)	To identify factors that induce mental health professionals to release a mental health service user from seclusion	12	United Kingdom (2), Netherlands (1), United States (1), Canada (1) and Australia (5)	Qualitative systematic review	8/11 High quality	Low risk
Jalil and Dickens (2018)	To synthesise the relationship of mental health nurses' anger to their attitudes	12	United Kingdom (4), United States (2), China (1), Canada (1), Japan (1), Iran (1), Australia (1) and Turkey (1)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk

(Continues)

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 (Continued)

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Ye et al. (2018)	To verify the effectiveness of staff training in the reduction of physical restraint in mental health service	8	China	Quantitative systematic review. Meta-Analysis	10/11 High quality	Low risk
Chieze et al. (2019)	To study the effects of seclusion and restraint on adult mental health service users and compare them versus non-exposure or exposure to other coercive measures	35	Brazil (1), Germany (4), Norway (2), Australia (3), Netherlands (1), Finland (4), European countries (1), United States (11), Japan (1), Spain (1), Sweden (1), Austria (1), France (1), India (1), Canada (1) and one stranger	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Gleerup et al. (2019)	To review and compare the effects of seclusion and mechanical restraint	14	United States (4), Germany (3), Israel (1), Netherlands (1), Brazil (1), India (1), Japan (1), United Kingdom (1) and 10 different European countries (1)	Quantitative systematic review	6/11 Moderate quality	Low risk
Kersting et al. (2019)	To identify physical harm on persons with mental disorders resulting from the use of coercive measures	67	Different countries of the world, mainly United Kingdom and United States	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk
Nielson et al. (2020)	To analyse and synthesise the literature regarding the physical restraint of children and adolescents in inpatient mental health services	16	America (6), Australia (3), Norway (3), Canada (2), Belgium (1) and Finland (1)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Low risk
Forced treatment						
Clausen and Jones (2014)	To review the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment of people with anorexia nervosa	8	United Kingdom (3), Australia (2), Japan (1), Germany (1) and United States (1)	Quantitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk
Muir-Cochrane et al., (2020a)	To synthesise the international prevalence of the use of forced treatment in persons with mental disorders for the emergency management of adults with uncontrolled aggression, agitation or violence through retrospective audits	48	International	Quantitative systematic review. Meta-analysis	8/11 High quality	Low risk
Muir-Cochrane et al., (2020b)	To summarise the available evidence on the efficacy and safety of chemical restraint through randomised controlled trials	21	United States (5), India (2), Brazil (4), Iran (1), Australia (5), United Kingdom (1), Holland (1), Switzerland (1) and Israel (1)	Qualitative systematic review	8/11 High quality	Low risk
Muir-Cochrane et al., (2020c)	To identify and describe existing international research on chemical containment	311	United States, United Kingdom and Australia contributed over half the research, while cross-country collaborations comprised 6%	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk

14703549, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 (Continued)

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Involuntary admissions						
De Jong et al. (2016)	To determine which interventions effectively reduce compulsory mental health admissions	13	United Kingdom (6), Netherlands (2), United States (2), Denmark (1), Norway (1) and Switzerland (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	11/11 High quality	Low risk
Giacco et al. (2018)	To appraise the available literature to identify helpful approaches to improve outcomes of involuntary treatment	19	Switzerland (5), United Kingdom (3), Australia (3), Japan (1), United States (5), Canada (1) and Spain (1)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Low risk
Wynn (2018)	To identify the current state of research on involuntary admissions in Norway	74	Norway	Qualitative systematic review	5/11 Moderate quality	Unclear risk
Barnett et al. (2019)	To determine the association between ethnic origin and increased risk of involuntary mental health hospitalisation	71	United Kingdom (49), Canada (2), Italy (3), Ireland (2), Netherlands (4), United States (5), Norway (1), Switzerland (2), Denmark (1), Spain (1) and New Zealand (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	11/11 High quality	Low risk
Molyneaux et al. (2019)	To synthesise the evidence on the effectiveness of crisis-planning interventions to reduce involuntary admissions	5	England (3), Netherlands (1) and Switzerland (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	10/11 High quality	Low risk
Walker et al. (2019)	To evaluate clinical and social factors associated with an increased risk of involuntary mental health hospitalisation	77	Eighteen studies developed in high-income countries (Australia, Canada, Israel, Taiwan, the United States and 13 in Europe) and four in middle-income countries (Brazil, China, India and Turkey)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	10/11 High quality	Low risk
Yang et al. (2020)	To examine the prevalence of voluntary and involuntary mental health admissions for persons with severe mental disorders in China and explore their associated factors	14	China	Quantitative systematic review. Meta-analysis	8/11 High quality	Low risk
Dahm et al. (2017) detailed in section of seclusion and restriction						
Coercion in community care: CTOs						
Kisely and Hall (2014)	To update the available evidence on randomised controlled trials in community treatment orders	3	United States (2) and United Kingdom (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	7/11 Moderate quality	Low risk
Maughan et al. (2014)	To update a previous review evaluating the effectiveness of community treatment orders	18	Australia (8), United States (5), United Kingdom (1), Canada (3), Australia and Canada (1)	Qualitative systematic review	6/11 Moderate quality	Unclear risk

(Continues)

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 (Continued)

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Kisely (2016)	To summarise the effectiveness of community treatment orders in Canada	8	Canada	Qualitative systematic review	4/11 Low quality	Unclear risk
De Waardt and van der Heijden (2017)	To summarise the efficacy, costs and patient and caregiver perspectives on mandatory community treatment	105	Not mentioned	Qualitative systematic review	3/11 Low quality	Unclear risk
Kisely et al. (2017)	To examine the effectiveness of compulsory community treatment for people with severe mental disorders	3	United States (2) and United Kingdom (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	11/11 High quality	Low risk
Barnett et al. (2018)	To update and quantify current knowledge of the effectiveness of community compulsory treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental disorders	41	England (4), United States (19), Spain (4), Australia (9), Sweden (1), Canada (3) and Scotland (1)	Quantitative systematic review. Meta-analysis	11/11 High quality	Low risk
Informal coercion						
Hotzy and Jaeger (2016)	To compile the literature on attitudes towards informal coercion in mental health treatment	21	Mainly United States, United Kingdom and some European countries	Qualitative systematic review	4/11 Low quality	Unclear risk
Coercion in general						
Doedens et al. (2020)	To summarise the scientific literature concerning the attitudes of nurses towards coercive measures and to show how their personal characteristics influence them	84	Twenty-five different countries such as United Kingdom, Norway, Australia and others	Qualitative systematic review	10/11 High quality	Low risk

Note: Dahm et al. (2017) and Rabe et al. (2017) detailed in section of seclusion and restriction.

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Ye et al. (2018) performed a meta-analysis, which revealed that appropriate staff training can reduce the duration and adverse effects of physical restraint in mental health services. Two reviews—those by De Hert et al. (2011) and Bryson et al. (2017)—focused on reducing the use of coercion and restriction in children and adolescents. De Hert et al. (2011) concluded that by applying different structured interventions during psychiatric admissions of children and adolescents (unspecified in their review), the prevalence and duration of restrictions and seclusion could be reduced. Bryson et al. (2017) suggested that comprehensive and theoretically grounded trauma-informed care initiatives seeking to associate treatment with the principles of safety, choice and collaboration could reduce the rates of seclusion, restraint and staff and patient injury.

Forced treatment

Four qualitative syntheses addressed forced medication or involuntary treatment. Muir-Cochrane et al., (2020a) focused on the prevalence of forced treatment worldwide. A review by Clausen and Jones (2014) addressed the prevalence, harmful effects and related factors of forced treatment among persons with anorexia nervosa under involuntarily treatment. Another review by Muir-Cochrane et al., (2020b) approached the factors related with rapid tranquilisation and derived clinical recommendations. A third review by the same authors (Muir-Cochrane et al., 2020c) aimed to comprehensively describe the volume, hierarchy and approach of international peer-reviewed primary literature focused on chemical restraint, including professionals' and users' perspectives of its application, policies and practices regarding its application, precursors of coercive events and the characteristics of the individuals subjected to forced medication.

Regarding the *prevalence* of chemical restraint, Muir-Cochrane et al., (2020a) used retrospective audits to estimate a median prevalence of 7.4% among all those admitted to inpatient facilities in all the countries and clinical settings under their scrutiny. Clausen and Jones (2014) investigated the prevalence and related factors of involuntary treatment in persons diagnosed with anorexia nervosa. They concluded that its prevalence varied from 13% to 44%, and that it could consist of physical or mechanical restraint, locked wards, forced feeding or forced medication.

According to Clausen and Jones (2014), the *effectiveness* of forced treatment in persons with anorexia nervosa was poorly followed up in the studies they identified, thus limiting insight on the long-term effects of this modality of treatment. Considering its *harmful effects*, they found a longer duration of treatment for those involuntarily treated, among whom the following *related factors* were determined: more co-morbidities, a longer disorder duration, longer time to weight recovery, more self-harm incidents and lower age than voluntary users. The main related factor described by Muir-Cochrane et al., (2020b) was the prevention of injury to the patient or others.

With respect to the *clinical recommendations* arising from their review, Muir-Cochrane et al., (2020b) suggested that, if chemical restraint is indicated, first-line staff should use oral, intravenous or intramuscular haloperidol (alone or combined with lorazepam or midazolam) to safely, quickly and effectively manage agitation, aggression and violent behaviours.

Involuntary admissions

Eight reviews were identified regarding involuntary hospitalisation in mental health care, mainly in acute care units, four of which focused on related factors (Barnett et al., 2019; Walker et al., 2019; Wynn, 2018; Yang et al., 2020) and four on interventions to reduce its prevalence (Dahm et al., 2017; De Jong et al., 2016; Giacco et al., 2018; Molyneaux et al., 2019).

According to Walker et al. (2019), the *related factors* most strongly associated with involuntary admissions were a diagnosis of a psychotic disorder and previous involuntary hospitalisation. Indeed, people with either one of these risk factors were more than twice as likely to be admitted against their will. Other relevant socio-demographic and socio-economic factors were male sex, single marital status, unemployment, to be receiving welfare payments and not being a homeowner. The meta-analysis by Barnett et al. (2019), which focused on minority populations internationally, concluded that all users—but specifically people from Black Caribbean, Black African and South Asian ethnic groups—were subject to a higher risk of involuntary psychiatric detention than people from white ethnic groups. The studies by Wynn (2018) and Yang et al. (2020) analysed the specific related factors in Norway and China respectively. The systematic review carried out by Wynn in the Norwegian region described high rates of involuntary admissions compared to other countries; specifically, between 135 and 418 per 100 000 people. Seriously ill men and those in emergency situations were more likely to be involuntarily admitted. General practitioners working in out-of-hours clinics were often involved in the admission process and frequently had little time and few alternatives available. In their study focused on China, Yang et al. (2020) reported high rates of involuntary admissions, particularly for persons diagnosed with schizophrenia, while voluntary admissions increased due to policy and legal reforms, decreased stigma, increased societal awareness and more resources or ease of access to resources, among other factors. The meta-analysis performed by Yang et al. revealed that the combined

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

rate of involuntary admissions (32.3%) was higher than the rate of voluntary admissions (30.3%), and that this difference was more pronounced in the case of schizophrenia (44.3% vs. 19.6% for other pathologies).

Regarding *interventions to reduce involuntary admissions*, Giacco et al. (2018) synthesised 14 different interventions to reduce both involuntary treatment and admission, which were grouped into three broad categories: 'Patient-centred structured care planning' (crisis cards, discharge planning and preventive follow-up, advance directives, continuous and personalised advocacy, motivational aftercare planning and continuous follow-up in the community); 'Specialised therapeutic interventions' (individual peer support, animal-assisted psychotherapy, group narrative therapy, acceptance and commitment therapy and sensory modulation therapy); and 'Systemic changes in hospital practice' (residential crisis programmes, co-housing, multimodal intervention programmes and 'understanding hospitalisation'). However, they could not perform a formal analysis of the effect of these interventions due to the heterogeneity of the studies' outcomes and designs. A meta-analysis by De Jong et al. (2016) included 13 studies in which the authors concluded that advance statements, such as advance directives and crisis plans, significantly reduced the risk of involuntary admission by 23%. In 2019, Molyneaux et al. (2019) updated De Jong et al.'s review with a meta-analysis of five new randomised controlled trials that rendered similar results: a 25% reduction in the risk of involuntary hospital admissions among those who received crisis planning interventions versus usual care. However, there was no evidence of a reduction in voluntary admissions or total psychiatric admissions. In other words, crisis plans can help reduce involuntary admissions by encouraging users and/or clinicians to consider voluntary admission when a crisis occurs. Both studies concluded that there was no evidence that other interventions, such as CTOs or integrated treatment, reduced the number of compulsory admissions. In line with Molyneaux et al. (2019), Dahm et al. (2017) concluded that the development of an emergency plan is likely to reduce the number of involuntary admissions among outpatients.

Coercion in community care: CTOs

Six reviews focusing on CTOs were included in our analysis, and all set out to update the available evidence or examine its *effectiveness* (Barnett et al., 2018; De Waardt & van der Heijden, 2017; Kisely, 2016; Kisely et al., 2017; Kisely & Hall, 2014; Maughan et al., 2014). Three of the reviews included a meta-analysis (Barnett et al., 2018; Kisely et al., 2017; Kisely & Hall, 2014).

Three of the reviews were published in 2014, 2016 and 2017 by a group led by Steve Kisely, who explored the effectiveness of CTOs in terms of readmissions, days of hospital admission and social functioning. Two of the reviews containing a meta-analysis (Kisely et al., 2017; Kisely & Hall, 2014) shared methods, studies included and findings, and found no statistically significant differences between treatment with versus without CTOs, in line with the results obtained by Maughan et al. (2014). In 2016, Kisely's group published a systematic review including only Canadian studies and concluded that CTOs could reduce readmissions and length of hospital stay, though they stressed the need to develop further studies, particularly randomised controlled trials. In the same line, the systematic review and meta-analysis by Barnett et al. (2018), which included randomised and non-randomised controlled trials of CTOs, found no clear evidence of the effectiveness of CTOs using the same outcome measures. In contrast, the review by De Waardt and van der Heijden (2017), which included 105 studies, concluded that length of stay and number of readmissions were lower in persons under CTOs, but the review was rated as of low quality due to the lack of a clear description of its methods.

Informal coercion

Only one systematic review considered informal coercion, and it aimed to determine the prevalence of informal coercion (Hotzy & Jaeger, 2016). The review was considered to be of low quality and with an unclear risk of bias. Most of the publications included focused on 'interpersonal influence' and 'incentives' as informal coercive measures, although persuasion and threat were also discussed. The authors concluded that both professionals and users reported frequent experiences of informal coercion, with prevalence rates ranging from 29% to 59%. No clinical effects of informal coercion were evidenced.

Coercion in general

Two of the studies included in this umbrella review focused on factors related to the use of coercive measures in general (Doedens et al., 2020; Rabe et al., 2017) and one on interventions to reduce the use of coercive measures (Dahm et al., 2017).

Rabe et al. (2017) explored the determining factors of coercion in children and adolescents in mental healthcare and suggested that, among adolescents, gender can play a role in the use of coercive measures. They observed that the results of European studies suggested that coercive measures were most frequently applied among girls in late adolescence, while studies conducted outside Europe implied they were employed more often among boys of an early school age. Regarding mental health diagnosis, coercive measures were more frequent

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

among children and adolescents in the ICD-10 F9 category. Doedens et al. (2020) studied the influence of the attitudes and characteristics of acute mental healthcare nursing staff as potential related factors in coercive measures. They argued that gender played a role, as several studies suggested that the presence of male nurses was associated with an increased use of coercive measures, while female nurses exhibited more positive attitudes, though other studies they examined did not report any gender influence in their multivariate analyses (Doedens et al., 2020).

Regarding interventions to reduce the application of coercive measures in general, Dahm et al. (2017) studied those employed in the context of providing care to young users with schizophrenia onset. They concluded that a systematic risk assessment of aggressive and violent behaviour among inpatients in acute psychiatric wards and counselling and support provided to security staff can reduce the use of coercive measures. They stated that it could not be ascertained whether inpatient rehabilitation as opposed to active outpatient treatment teams or standard treatment can reduce the number of involuntary admissions, forced treatment and use of mechanical coercive measures. Within the measures employed with users who were ready to be discharged, they were unsure whether treatment contracts tended to reduce the number of involuntary readmissions.

Professionals, mental health service users' and their caregivers' and relatives' experiences, perceptions and attitudes towards coercion and specific coercive measures

Our thematic synthesis included 12 systematic reviews of purely qualitative data and five reviews of mixed data (qualitative and quantitative), from which we extracted the experiences of coercion of the people involved; namely users, professionals and caregivers/family members. In terms of experience, we took into consideration all perceptions, feelings, perspectives, impressions and opinions. The characteristics, objectives, methodological quality and risk of bias of the studies included in this category and subcategories are summarised in Table 2.

A total of six themes, 12 sub-themes and 58 codes were identified and are detailed in Table 3. Five of the themes encompass the different coercive measures, of which experiences were described and were ordered from greatest to least impact and in terms of implications for the persons affected: restriction/confinement, involuntary admission, OTC, informal coercion and coercion in general. For each coercive measure, both positive and negative aspects were listed. The sixth theme involved factors that improve the experience of coercion.

The experience of restriction and seclusion or isolation was frequently described by mental health service users in terms of feeling imprisoned, restricted and limited by regulations, abandoned and vulnerable, stripped of their rights (Akther et al., 2019; Askew et al., 2019; Lindgren et al., 2019; Mellow et al., 2017) and dehumanised by the lack of human interaction and isolation from the rest of the ward (Newton-Howes & Mullen, 2011). However, the experiences of isolation were ambivalent; on the one hand, they felt closed in and abandoned, missing the support of family and staff and wishing for freedom, while on the other hand, they were grateful for the sense of safety and shelter (Lindgren et al., 2019). Some authors mentioned disconnection as a coping strategy of users when faced with seclusion, and underlined that, despite all the negative effects of coercive measures, some were better tolerated than others, such as forced medication or seclusion versus mechanical restraint (Askew et al., 2019).

Regarding involuntary admissions, mental health service users reported feeling marginalised due to the lack of communication and an imbalance of power with respect to the professionals and their caregivers, which impeded respect for their rights, wishes and preferences (Stuart et al., 2020; Sugiura et al., 2020), having a direct impact on their dignity (Plunkett & Kelly, 2021). Users usually opposed this measure and wanted to be listened to as part of the process of making decisions about their admission and not feel that it was an imposed measure. In turn, professionals rationalised coercion and felt that certain information did not need to be explained to users, considering it an appropriate measure in the face of threats or harm to third parties, regardless of the opinion of the family and the user. On other occasions, professionals showed concern and frustration at the difficulty they experienced when coordinating with the family. The caregivers often described conflicting feelings of relief and distress or anxiety about how the user might cope and respond to admission, while at the same time feeling responsible and talking about the need to make a great effort to maintain a good relationship with the user when he/she distanced him/herself by his/her own decision. In addition, families felt frustrated that they were not involved in the planning of treatment, especially when discharge was approaching and there was a need to receive more information and support from the mental health system (Stuart et al., 2020; Sugiura et al., 2020). Positive experiences were not reported for involuntary admissions.

Regarding CTOs, it is noteworthy that doctors working in community mental health identified certain benefits in their application, such as greater clinical stability or better quality of life, generally professing themselves to be in favour of this approach (Corring et al., 2018; De Waardt & van der Heijden, 2017; Kisely, 2016) and concluding that CTOs are necessary under certain circumstances. On the other hand, professional dissonance between their support of an imposed treatment regimen and the principles of recovery and person-centred care attention caused a conflict of principles and personal

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 2 Study characteristics, objectives, methodological quality and risk of bias of the studies included in the theme 'Professionals, mental health service users and their caregivers or relatives experiences, perceptions and attitudes towards coercion and specific coercive measures'.

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Newton-Howes and Mullen (2011)	To summarise mental health service users' overall experience of coercion	27	Nordic countries (13), United States (1), Europe (3), America (8) and Australia (2)	Qualitative systematic review	6/11 Moderate quality	High risk
Mellow et al. (2017)	To review the literature regarding the lived experience of seclusion in adults with mental health difficulties	11	United States (4), Australia (2), Finlandia (1), Zealand (1), Netherlands (1) and Canada (2)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Tingleff et al. (2017)	To review the literature on mental health service users' perceptions of the situations associated with the process of coercion	26	Netherlands (1), Hong Kong (1), Sweden (2), Finland (1), Norway (4), United States (2), United Kingdom (7), South Africa (2), Canada (3), Australia (2) and Austria (1)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Low risk
Aguilera-Serrano et al. (2018)	To determine the variables associated with the subjective experience of coercion in mental health service users	34	United States (8), Canada (4), Netherlands (4), Australia (3), Germany (3), Sweden (2), United Kingdom (2), Finland (2), Norway (2), South Africa (2), China (1) and Austria (1)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Corring et al. (2018)	To synthesise professionals' views and experience with community treatment orders	14	Australia (3), Canada (3), New Zealand (1), Norway (1), United Kingdom (4) and United States (2)	Qualitative systematic review	8/11 High quality	Unclear risk
Akther et al. (2019)	To synthesise mental health service users' experiences of involuntary detention or involuntary admission	56	United Kingdom (30), Sweden (9), Australia (5), Ireland (5), Norway (2), Austria (1), Finland (1), Greece (1), Israel (1), United States (1)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Lindgren et al. (2019)	To document evidence on lived experiences of isolation in inpatient mental healthcare	15	Australia (3), New Zealand (1), United States (2), Sweden (2), Netherlands (1), Canada (2), Finlandia (2), Africa (1) and Norway (1)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Unclear risk
Askew et al. (2019)	To synthesise the available evidence of inpatients' lived experience of seclusion	8	United States (2), United Kingdom (1), Finland (1), Norway (1), Canada (1), South Africa (1) and Lesotho (1)	Qualitative systematic review	6/11 Moderate quality	Unclear risk
Pariseau-Legault et al. (2020)	To synthesise the integration of human rights in mental health nurses' practice in the context of coercive measures	46	Twenty-two different countries (Germany, Australia, Brazil, Canada, Chile, Croatia, Spain, United States, France, Finland, Greece, Italy, Indonesia, Iran, Ireland, Japan, Mexico, Norway, New Zealand, Netherlands, United Kingdom and Sweden)	Qualitative systematic review	7/11 Moderate quality	Low risk

14703549, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 2 (Continued)

Author/year	Objectives	*N*	Countries	Analysis	Methodological quality/JBI	Risk of bias/ ROBIS
Sugiura et al. (2020)	To describe the experiences of mental health service users, informal carers and professionals in involuntary mental health admission decision-making and throughout the subsequent involuntary admission	37	11 countries (Australia, Austria, Brazil, Denmark, Ireland, Japan, Netherlands, Norway, Sweden, Taiwan and the United Kingdom)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Stuart et al. (2020)	To synthesise qualitative evidence of carers' experiences of the formal assessment of their family and friends for involuntary admission in a mental health hospital	23	United Kingdom (12) and elsewhere in Europe (11)	Qualitative systematic review	9/11 High quality	Low risk
Plunkett and Kelly (2021)	To synthesise the literature on patient experience of dignity in voluntary and involuntary inpatient mental health care	9	Six different countries across two continents	Qualitative systematic review	6/11 Moderate quality	Unclear risk

Note: Hotzy and Jaeger (2016); Kisely (2016); De Waardt and van der Heijden (2017); Jackson et al. (2018) and Doedens et al. (2020) also used for the narrative synthesis and detailed in their respective sections.

unease, without forgetting the associated deterioration of the therapeutic relationship (Corring et al., 2018). Family caregivers were also often in favour (Kisely, 2016) of this measure, while users could be either in favour (De Waardt & van der Heijden, 2017) or ambivalent towards it (Kisely, 2016).

Informal coercion is a frequent form of coercion, but we detected only one systematic review on the subject. Users' and practitioners' attitudes towards this form of coercion were positive when it was applied according to different ethical aspects, such as respect for patient autonomy and transparency in communication. No clinical effects of informal coercion were evident, but subjective evaluations of potential positive consequences were considered, such as improved treatment adherence, promotion of clinical stability and prevention of relapse. Potential adverse effects included an increased stigmatisation of psychiatric services, deterioration of the therapeutic relationship and patients shying away from mental healthcare (Hotzy & Jaeger, 2016).

Mental health professionals expressed their views towards coercion mainly from the security paradigm ('coercive measures are undesirable but necessary for the ward's safety'), although the therapeutic paradigm ('coercive measures have positive or therapeutic effects') was still manifest (Doedens et al., 2020; Jackson et al., 2018). Coercive measures could be associated with positive or negative experiences, but the evidence suggested that the impact was mainly negative and affected physical and mental health, while significantly impairing the therapeutic relationship (Aguilera-Serrano et al., 2018; Newton-Howes & Mullen, 2011; Pariseau-Legault et al., 2020; Tingleff et al., 2017). In addition, professionals described the feeling that alternative interventions could have been tried before applying coercive measures, and that clinical judgement does not necessarily justify their use and leads to role conflict and emotional tension (Pariseau-Legault et al., 2020). Among the positive experiences reported were the sensation among users of feeling safe and protected (Lindgren et al., 2019; Tingleff et al., 2017), and the perception that a certain level of coercion was sometimes necessary (Plunkett & Kelly, 2021).

Plunkett and Kelly (2021) emphasised that the experience of hospitalised users was influenced by their interactions with mental health personnel, and stressed that negative attitudes of professionals were described by users as a source of negative experiences.

Among the factors that improved the perception and experience of coercion, we identified aspects related to the therapeutic relationship (such as affective and collaborative relationships), adequate communication and information provided by users to professionals, attention to basic human needs (Mellow et al., 2017) and humane and respectful treatment (Aguilera-Serrano et al., 2018). Regarding procedures and techniques, the usefulness of debriefing (Aguilera-Serrano et al., 2018) and any non-coercive de-escalation strategy (Tingleff et al., 2017)

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 3 Themes, sub-themes and codes derived from the thematic analysis.

Theme	Subtheme	Codes
Coercion in general	Positive aspects	Security paradigm (P) Coercive measures are undesirable but necessary for the safety of the room (P) A feeling of safety and security (U) Some measures are necessary (U and P) Therapeutic paradigm: Coercive measures have therapeutic effects (P)
	Negative aspects	Harmful effects on physical (except informal coercion) and mental health (U and P) Coercion has a negative influence on the patient (P) Affecting therapeutic relationship (U and P) The feeling that alternative interventions could have been tried earlier (P) Clinical judgement does not justify such recourse (P) Role conflict (P)
Restraint and seclusion/isolation	Positive aspects	A feeling of protection and shelter (U)
	Negative aspects	The feeling of being imprisoned, restricted and limited (U) Sense of abandonment (U) Sense of vulnerability (U) The feeling of being stripped of their rights and dignity (U) Dehumanisation due to lack of human interaction and isolation (U) Need for family support (U) The desire for freedom (U) Disconnection as a coping strategy (U)
Involuntary admission	Negative aspects	Lack of communication and imbalance of power between professionals, family and user (U) The desire to be heard and receive information (U) Opposition to coercion (U) Affectation of their dignity (U) It is not necessary to give information to users (P) Necessary and beneficial measure for the user (P) Threats or harm to third parties are criteria for involuntary admission regardless of the opinion of the family and the user (P) Concern and frustration at the difficulty of coordinating with the family (P) Conflicting feelings of relief and anguish/anxiety about admission (F) Sense of responsibility towards your family member (F) Concern about damaging the relationship with your family member (F) Frustration at not being involved in treatment planning (F) The desire for more involvement in care (F) Lack of information and support from mental the health system (F)
Community Treatment Orders (CTOs)	Positive aspects	Improved clinical stability (P) Improved quality of life (P) CTOs are required at certain times (P) Doctors and family members are positive about the application of this measure (P and F) Users ambivalent about the application of CTOs (U)
	Negative aspects	They cause unease for the professional who applies it (P) They damage the therapeutic relationship (P)
Informal coercion	Positive aspects	Positive experiences of informal coercion in users and professionals when applied under ethical guidelines (U and P) Possible improvement of adherence, promotion of clinical stability and avoidance of relapses (U and P)
	Negative aspects	Increased stigma of psychiatric services (U and P) Deterioration of the therapeutic relationship (U and P) Avoidance of mental healthcare (U and P)
Factors that improve the perception of coercion	Therapeutic relationship	Affective relationships (U) Collaborative relations (U) Communication skills (U) Information (U) Attention to basic human needs (U) Humane and respectful treatment (U)
	Procedure and techniques	Debriefing (U) De-escalation and non-coercive strategies (P)
	Environment	Non-hostile environment (U) Comfortable rooms (U) Possibility to keep belongings (U)

Note: P: Professionals' experience or perception; U: Users' experience or perception; F: Carers or family members' experience or perception.

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

was demonstrated. With respect to the environment, the perception of a safe environment, comfortable rooms and the possibility of users having belongings stood out as relevant (Aguilera-Serrano et al., 2018).

DISCUSSION

The aim of this review was to provide a comprehensive synthesis of the existing evidence on coercion in mental healthcare through its characterisation and a description of its effects and consequences, the perceptions of those implied and possible alternatives. The reviews included were classified into two categories: the first comprised evidence on six specific coercive measures and provided perspective on their prevalence, effectiveness, harmful or unintended effects, related factors and interventions to reduce its use; and the second included studies describing the experience of coercion of all those implied, namely professionals, mental health service users and their caregivers. This second category included six themes.

The articles contemplated in this umbrella review suggest that, in terms of the number of systematic reviews, the main area of research interest regarding coercion is seclusion and restraint (15 systematic reviews) and the experience of all the persons involved in its use (five systematic reviews). The harmful effects of these measures and related factors were well characterised in eight of the reviews, and another six focused on alternatives. Seven of the reviews were of high quality and a low risk of bias, another seven were of moderate quality and one was of very low quality and showed risk of bias. However, it is clear that more evidence is needed regarding the prevalence and effectiveness of this approach. Sailas and Fenton (2000), whose systematic review is the oldest included in this analysis, encountered this difficulty when they reviewed evidence obtained through randomised controlled trials, reporting that they found no publications on the subject. Conducting randomised clinical trials to study mechanical restraint and seclusion involves ethical, methodological and professional challenges, as it implies that, when faced with a complex situation in which a person presents psychomotor agitation or psychopathological decompensation, a random choice will be made on how to manage the situation, and this could entail risks for those involved. Indeed, the lack of evidence on its effectiveness and the violation of human rights it represents has motivated international regulations to suppress its use (United Nations Human Rights Council, 2017). Despite this, according to Lykke et al. (2020), the use of mechanical restraint ranged between 1% and 4% per year in their study, carried out in Denmark.

Involuntary treatment was approached from the perspective of its related factors and the alternatives to reduce its use, which was one of the subcategories with the best-rated reviews in terms of quality. The meta-analysis by Barnett et al. (2019) highlighted the relevance of belonging to a minority population as a related factor to being involuntarily admitted, internationally. According to Hanlon et al. (2010), for many authors, the most important ethical concern in mental health practice is the potential failure to provide culturally appropriate, evidence-based and high-quality mental healthcare. Regarding the experiences of users, professionals and caregivers before and during the involuntary admission process, it is noteworthy that, just as users verbalised some positive effects of specific coercive measure, we found no evidence of such impressions in the case of involuntary admissions.

Six reviews studied the effectiveness of CTOs, which was not clearly proven, especially in terms of reducing readmissions or length of hospital stay. The level of quality and risk of bias varied greatly, which was surprising, since the subject has been studied in successive reviews, suggesting there has been no improvement in the methodology employed. The review by Maughan et al. (2014) aimed to update one published in 2005 (Churchill et al., 2007), which we have not included because Maughan et al. (2014) described its results. Rugkåsa participated in the review by Maughan et al. (2014) and then summarised subsequent studies related to CTOs in 2016, concluding that no new evidence existed (Rugkåsa, 2016). These systematic reviews reveal an overlapping of studies concerning CTOs and ambiguous findings regarding their effectiveness, therefore suggesting the use of CTOs is based on limited evidence. Indeed, the review by Maughan et al. (2014) could not be updated due to the scarcity of new studies, thus highlighting the difficulties encountered when performing randomised controlled trials on this subject. Nevertheless, it is surprising to find that this lack of evidence in favour of CTOs is not in line with the experiences of the medical staff who employ them, who find clear benefits and consider them necessary in certain conditions, as described by Corring et al. (2018).

Studying informal coercion remains a challenge for mental health professionals, and studies on the topic are scarce; as a result, it is difficult to compile systematic reviews on the area. In fact, only one review on the topic was included herein and it was of low quality and an unclear risk of bias (Hotzy & Jaeger, 2016). According to Paradis-Gagné et al. (2021), informal coercion can include the very rules or restrictions that govern an inpatient unit, as well as constant and intensive observation of users in their room, or surveillance of accesses to and from the unit; in this sense, this type of coercion is complex and requires further research. Potthoff et al. (2022) recently developed a conceptual model around psychological pressure (defined as the communicative strategies used to influence decision-making, and synonymous with informal coercion), based on the experience and perspectives of mental health service users. They concluded that psychological

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

pressure is used to improve service users' adherence to recommended treatment (treatment pressure) and to social rules, and can be exerted not only by mental health professionals, but also by family and friends, as described by Pelto-Piri et al. (2019). The resulting conceptual model defines psychological pressure holistically in terms of what is said, by whom, why, how, when and where; therefore, it includes not only the content of the communication but also the way of communicating, which is highly dependent on additional contextual factors, such as the quality of the interpersonal relationship, the institutional setting, the spatial environment and the type of discourse. Hence, this might explain why certain interactions can be perceived as negative or positive by users (Potthoff et al., 2022).

From the ethical perspective, promoting the best interests of mental health service users is the main justification for duress and coercion (Hem et al., 2018), and when coercive measures are applied one of the main ethical challenges is to find a balance between promoting good (beneficence) and inflicting harm (maleficence). Indeed, some of the studies included in the review in question focused on the moral anguish experienced by professionals when applying duress.

The experience of users can also be improved by placing attention on therapeutic relationships and on the attitudes and behaviour of professionals, in addition to reducing coercive measures. According to Berge et al. (2018), professionals should express their concern and empathy towards users and strive to improve their own communication abilities before, during and after a coercive incident. When treated with respect and involved in the decision-making process, users report a less negative perception of coercion and greater satisfaction with mental health services.

In addition, the experience of coercion can influence users' satisfaction with the mental healthcare they receive. In this context, the findings of two reviews excluded from our synthesis are worth mentioning. Woodward et al. (2017) concluded that users admitted to open inpatient units reported higher satisfaction levels and that those experiencing coercion reported lower satisfaction levels. Staniszewska et al. (2019) highlighted some critical elements contributing to a better perception of coercion and to higher satisfaction levels, such as confidence, the use of informed consent, safety in the unit, therapeutic activities and the involvement of families in the care process.

Sugiura et al. (2020) concluded that users often feel coerced when their families or professionals impose their decisions regarding their hospitalisation, treatment or therapeutic plan, though since then advance directives have been put in place to address this. Advance directives are intended to avoid these situations by respecting the rights and wishes of those receiving mental healthcare, and it is the professionals' responsibility to provide them and to explain them to users. Advance directives allow the user to decide in advance on future treatments and actions to be taken when he/she is no longer capable of making decisions (Edan et al., 2021; Suess-Schwend et al., 2016). Examples include determining preferences or refusal of treatments or medications, desired methods to de-escalate a crisis, authorising or not authorising certain people to be informed of their admission or clinical status, food preferences and designating a decision-maker on their behalf, among others (Jankovic et al., 2020).

STRENGTHS AND LIMITATIONS

Any umbrella review is subject to several limitations, such as the potential omission of relevant studies and the potential introduction of systematic errors during the selection, evaluation or data extraction processes. In this umbrella review, these limitations have been compensated through an inclusive search strategy and a rigorous and independent methodological process followed by both authors. This review may also be limited by the existing systematic reviews or research syntheses; given the wide variety of approaches and methodologies employed in the reviews included, the results obtained are heterogeneous, which made it difficult to perform meta-analyses.

CONCLUSION

To the best of our knowledge, this is the first comprehensive, systematically conducted umbrella review about coercion in mental healthcare that addresses such a wide diversity of topics and includes an assessment of the quality and risk of bias of the reviews included. The main research topic of the systematic reviews included was seclusion and restraint, and we considered the objective measures of harmful effects, related factors and alternatives to its use, as well as the perspectives of all those implied in its application.

Contradictions arise when studying coercion as a phenomenon. The physical and emotional consequences of coercive measures are well known, but the prevalence of their use remains high or unclear in all population groups. The dilemma faced by professionals in their clinical practice while trying to find a balance between the ethical principles of beneficence and maleficence is patent. Finally, a system that regulates certain coercive practices while increasing the pressure to reduce them is necessary.

RELEVANCE FOR CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH

International organisations, professionals and mental health service users agree that there is a need to limit or

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

suppress the use of coercive measures, but coercion continues to be employed and is a phenomenon that arouses the interest of researchers. This umbrella review should be relevant to both professionals and users when approaching the variety of topics addressed by systematic reviews on coercion.

Different implications for clinical practice are manifested in this review. The harmful effects of the application of coercive measures for all those involved is reflected in the different themes that emerged during our analysis. The implementation of different training programmes might shift mental healthcare to a less coercive practice and improve the experience of both those providing care and mental health service users. Staff training to reduce the role of coercive measures within the therapeutic paradigm and to facilitate their own anger management is likely to help reduce the employment of coercive measures. From an ethical perspective, mental health nurses could benefit from training in the application of the principles of beneficence and maleficence; in addition, their emotional well-being might be promoted by training to manage the anguish derived from the application of coercive measures. In medium- and low-income countries, staff training to provide culturally appropriate care could help manage their main ethical concern; namely that the lack of culturally appropriate care implies that belonging to ethnical minorities means receiving more coercive measures during the care process.

The use of coercive measures in children and youth is highly prevalent, even though it has been demonstrated to produce both physical and emotional sequelae, as it does in adults. Focus should be put on the development and implementation of interventions to reduce the use of coercive measures in this vulnerable population, as they have proven to be effective in previous studies.

Evidence of the effectiveness of the use of CTOs and other coercive measures in community settings to reduce readmissions and the length of hospital stays is very limited, but they continue to be employed. Their use might be reduced through the implementation of advance care directives, and professionals need to receive training and institutional support in this process.

The perspective of acute mental healthcare users confirms that negative attitudes among staff imply negative care experiences among users. To improve the experience of users, collaborative, communicative and affective relationships are vital. Professionals must receive institutional support and resources to implement structured interventions that have been proven to be effective in reducing coercion and which can be classified as patient-centred care, prevention and professional training.

There are also implications for research. The effectiveness of the training programmes and interventions described in the previous paragraphs requires further study. There is a clear need for research about precise interventions to reduce the use of coercive measures, not only in the adult population, but also in children and adolescents, who are more vulnerable. For security and therapeutic paradigms to evolve, coercion needs to be explored not only from the professional's perspective, but also in terms of organisational aspects. The evidence available on informal coercion, its characterisation and its consequences both for professionals and users is still limited.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

Study design: MAC and VSM; data collection and analysis: MAC and VSM; article preparation: MAC and VSM; approval of the final version: MAC and VSM.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank Laura Queipo Oller and Manuel Álvarez Vizcaíno from the Health Sciences Library of the University of Valencia, who helped refine the search strategy.

FUNDING INFORMATION

This research received funding from two competitive calls: The Spanish Mental Health Nurses Association (AEESME) 2020 Research Grant and the Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research of the Valencian Region (FISABIO) Doctoral Thesis Grant UGP-21-017 (2020 Call).

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors have no conflict of interest to declare.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that supports the findings of this study are available in the Supporting Information of this article.

ETHICS STATEMENT

This study was conducted following the ethical principles for medical research involving human subjects described in the Declaration of Helsinki and was approved by the Research and Ethics Committee of the Padre Jofré Hospital (Valencia). The study protocol was also approved by the hospital's medical director and supervisors of the nursing staff. Prior to each interview, the participant received a document describing the details of the study and was encouraged to ask the researchers to resolve any queries. She/he then signed the informed consent form and gave their permission for the interviews to be audio recorded.

ORCID

Miriam Aragonés-Calleja https://orcid.org/0000-0002-7192-680X
Vanessa Sánchez-Martínez https://orcid.org/0000-0001-6097-7655

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

REFERENCES

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., García-Sanchez, J.A., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2018) Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(2), 129–144. Available from: https://doi.org/10.1177/0706743717738491

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Miranda-Paez, J., García-Spinola, E., Torres-Campos, D., Villagrán-Moreno, J.M. et al. (2019) Validation of a short version of the coercion experience scale (CES-18): psychometric characteristics in a Spanish sample. *Psychiatry Research*, 272, 284–289. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.126

Akther, S.F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A. & Oram, S. (2019) PaPatients'xperiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 5(3), e37. Available from: https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19

Aragonés-Calleja, M. & Sánchez-Martínez, V. (2022) Current state of research on coercion in mental health: umbrella review protocol. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(10), 49–55. Available from: https://doi.org/10.3928/02793695-20220428-02

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C.M., Holly, C., Khalil, H. & Tungpunkom, P. (2020) Chapter 10: umbrella reviews. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.) *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. Available from: https://synthesismanual.jbi.global

Askew, L., Fisher, P. & Beazley, P. (2019) What are adult psychiatric inpatients' experience of seclusion: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(7–8), 274–285. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12537

Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D.M. & Zoffmann, V. (2012) Mechanical restraint–which interventions prevent episodes of mechanical restraint?- a systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2), 83–94. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x

Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K. et al. (2019) Ethnic variations in compulsory detention under the mental health act: a systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 305–317. Available from: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6

Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S. & Johnson, S. (2018) Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013–1022. Available from: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1

Berge, T., Bjøntegård, K.S., Ekern, P., Furan, M., Landrø, N.I., Larsen, G. et al. (2018) Coercive mental health care – dilemmas in the decision-making process. Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(12). Available from: https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0338

Bryson, S.A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S. et al. (2017) What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 36. Available from: https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019) Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Churchill, R., Owen, G., Singh, S. & Hotopf, M. (2007) *International experiences of using community treatment orders*. Institute of Psychiatry, London.

Clausen, L. & Jones, A. (2014) A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 29. Available from: https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8

Corring, D., O'Reilly, R.L., Sommerdyk, C. & Russell, E. (2018) What clinicians say about the experience of working with individuals on community treatment orders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 69(7), 791–796. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700492

Dahm, K.T., Steiro, A.K., Leiknes, K.A., Husum, T.L., Kirkehei, I., Dalsbø, T.K. et al. (2017) *Interventions for Reducing Seclusion and Restraint in Mental Health Care for Adults: A Systematic Review*. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH).

De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H. & Correll, C.U. (2011) Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(5), 221–230. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-011-0160-x

De Jong, M.H., Kamperman, A.M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R. et al. (2016) Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 657–664. Available from: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501

De Waardt, D.A. & van der Heijden, F.M. (2017) Gedwongen behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis in de thuissituatie [compulsory treatment in the community for persons in need of mental health care]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(4), 221–228.

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. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12586

Edan, V., Hamilton, B. & Brophy, L. (2021) Advance planning in mental health care: the trouble with terminology. *Journal of Law and Medicine*, 28(3), 655–662.

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S. et al. (2018) Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262, 400–406. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S. et al. (2017) Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461–471. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.12380

Gaynes, B.N., Brown, C.L., Lux, L.J., Brownley, K.A., Van Dorn, R.A., Edlund, M.J. et al. (2017) Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(8), 819–831. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314

Giacco, D., Conneely, M., Masoud, T., Burn, E. & Priebe, S. (2018) Interventions for involuntary psychiatric inpatients: a systematic review. *European Psychiatry*, 54, 41–50. Available from: https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.005

Gleerup, C.S., Østergaard, S.D. & Hjuler, R.S. (2019) Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(5), 237–245. Available from: https://doi.org/10.1017/neu.2019.22

Goulet, M., Larue, C. & Dumais, A. (2017) Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139–146. Available from: https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019

Hanlon, C., Tesfaye, M., Wondimagegn, D. & Shibre, T. (2010) Ethical and professional challenges in mental health care in low- and

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

middle-income countries. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 22(3), 245–251. Available from: https://doi.org/10.3109/09540261.2010.482557

Hem, M.H., Gjerberg, E., Husum, T.L. & Pedersen, R. (2018) Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. Available from: https://doi.org/10.1177/0969733016629770

Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016) Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment-a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 197. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00197

Hotzy, F., Theodoridou, A., Hoff, P., Schneeberger, A.R., Seifritz, E., Olbrich, S. et al. (2018) Machine learning: an approach in identifying risk factors for coercion compared to binary logistic regression. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 258. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00258

Jackson, H., Baker, J. & Berzins, K. (2018) What factors influence the decisions of mental health professionals to release service users from seclusion? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1618–1633. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.12502

Jalil, R. & Dickens, G.L. (2018) Systematic review of studies of mental health nurses' experience of anger and of its relationships with their attitudes and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 201–213. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12450

Jankovic, J., Richards, F., Berrisford, G. & Priebe, S. (2020) Advance statements in adult mental healthcare: an update. *BJPsych Advances*, 26(2), 109–115. Available from: https://doi.org/10.1192/bja.2019.62

Kersting, X., Hirsch, S. & Steinert, T. (2019) Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 400. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400

Kisely, S. (2016) Canadian studies on the effectiveness of community treatment orders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 7–14. Available from: https://doi.org/10.1177/0706743715620414

Kisely, S., Campbell, L.A. & O'Reilly, R. (2017) Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD004408. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5

Kisely, S. & Hall, K. (2014) An updated meta-analysis of randomised controlled evidence for the effectiveness of community treatment orders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(10), 561–564. Available from: https://doi.org/10.1177/070674371405901010

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2018) Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029

Lan, S.H., Lu, L.C., Lan, S.L., Chen, J.C., Wu, W.J., Chang, S.P. et al. (2017) Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities: systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411–421. Available from: https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012

Lindgren, B.M., Ringnér, A., Molin, J. & Graneheim, U.H. (2019) Patients' experiences of isolation in psychiatric inpatient care: insights from a meta-ethnographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 7–21. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.12519

Lykke, J., Hjorthøj, C., Thomsen, C.T. & Austin, S.F. (2020) Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 20–27. Available from: https://doi.org/10.1111/ppc.12367

Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014) A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 651–663. Available from: https://doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0

Mellow, A., Tickle, A. & Rennoldson, M. (2017) Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 1–15.

Molodynski, A., O'Brien, A. & Burns, J. (2017) Key international themes in coercion. *BJPsych International*, 14(3), 61–63. Available from: https://doi.org/10.1192/S2056474000001926

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. & Lloyd-Evans, B. (2019) Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5(4), e53. Available from: https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28

Muir-Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace, A., Bastiampillai, T. & Oster, C. (2020a) Prevalence of the use of chemical restraint in the management of challenging behaviours associated with adult mental health conditions: a meta-synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 425–445. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12585

Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R. & Grimmer, K. (2020b) The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: a systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 110–126. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.12654

Muir-Cochrane, E., Oster, C. & Grimmer, K. (2020c) International research into 22 years of use of chemical restraint: an evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 927–956. Available from: https://doi.org/10.1111/jep.13232

Nakhost, A., Sirotich, F., Pridham, K., Stergiopoulos, V. & Simpson, A. (2018) Coercion in outpatients under community treatment orders: a matched comparison study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(11), 757–765. Available from: https://doi.org/10.1177/0706743718766053

Newton-Howes, G. & Mullen, R. (2011) Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(5), 465–470. Available from: https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465

Nielson, S., Bray, L., Carter, B. & Kiernan, J. (2020) Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 25(3), 342–367. Available from: https://doi.org/10.1177/1367493520937152

Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M.H., Jacob, J.D. & Lessard-Deschênes, C. (2021) Coercion in psychiatric and mental health nursing: a conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 590–609. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.12855

Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J.D. & Goulet, M.H. (2020) Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale: recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 142, 53–76. Available from: https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053

Pelto-Piri, V., Kjellin, L., Hylén, U., Valenti, E. & Priebe, S. (2019) Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 12(1), 787. Available from: https://doi.org/10.1186/s13104-019-4823-x

Plunkett, R. & Kelly, B.D. (2021) Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 75, 101672. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101672

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M. et al. (2006) *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. A product from the ESRC methods programme Version, 1(1), b92.

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Potthoff, S., Gather, J., Hempeler, C., Gieselmann, A. & Scholten, M. (2022) "Voluntary in quotation marks": a conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. *BMC Psychiatry*, 22(1), 186. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-022-03810-9

Rabe, S.C., Fegert, J.M., Krüger, U. & Kölch, M. (2017) Zwangsmaßnahmen in der kinder- und Jugendpsychiatrie [coercive measures in child and adolescent psychiatry]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(1), 26–46. Available from: https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.1.26

Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 15–24. Available from: https://doi.org/10.1177/0706743715620415

Sailas, E. & Fenton, M. (2000) Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000(2), CD001163. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163

Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S.J., Bhui, K., Larkin, M. et al. (2019) Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 214(6), 329–338. Available from: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22

Stuart, R., Akther, S.F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S. et al. (2020) Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 6(2), e19. Available from: https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101

Suess-Schwend, A., Bono Del Trigo, Á., Ibáñez-Rojo, V., Romero-Cuesta, J., Romero-Jimeno, M.D., Tamayo-Velázquez, M.I. et al. (2016) Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(129), 79–102. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211573520160001000006&lng=es&tlng=es

Sugiura, K., Pertega, E. & Holmberg, C. (2020) Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 73, 101645. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101645

Thomas, J. & Harden, A. (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45

Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017) "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 681–698. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12410

United Nations Human Rights Council. (2017) Special rapporteur on the right to physical and mental health. Available from: https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J. et al. (2017) Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 328. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0

Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Sheridan Rains, L., Leverton, M., Dalton-Locke, C. et al. (2019) Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalization systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1039–1053. Available from: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30406-7

Whiting, P., Kleijnen, Higgins, J., Caldwell, D., Reeves, B., Shea, B. et al. (2015) *ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews: Guidance on how to use ROBIS*. Available from: http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-communitymedicine/Robis/robisguidancedocument.pdf

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J.P., Caldwell, D.M., Reeves, B.C., Shea, B. et al. (2016) ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225–234. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005

Woodward, S., Berry, K. & Bucci, S. (2017) A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 81–93. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020

World Health Organization. (2019) Strategies to end seclusion and restraint: *WHO Quality Rights specialised training. Course guide.* Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf

Wynn, R. (2018) Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 10. Available from: https://doi.org/10.1186/s13033-018-0189-z

Yang, Y., Li, W., An, F.R., Wang, Y.Y., Ungvari, G.S., Balbuena, L. et al. (2020) Voluntary and involuntary admissions for severe mental illness in China: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(1), 83–86. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900106

Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Guo, J., Lei, H., Wei, H. et al. (2018) Staff training reduces the use of physical restraint in mental health service, evidence-based reflection for China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 488–494. Available from: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.028

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Aragonés-Calleja, M. & Sánchez-Martínez, V. (2023) Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 00, 1–22. Available from: https://doi.org/10.1111/inm.13248

14470349, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13248 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [02/02/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Anexo 3. Artículo 3: Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain.

Check for updates

Received: 3 August 2022 | Revised: 7 February 2023 | Accepted: 8 March 2023

DOI: 10.1111/jpm.12921

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain

Miriam Aragonés-Calleja[1] | Vanessa Sánchez-Martínez[2]

[1]Mental Health Department, Hospital Padre Jofre, Valencia, Spain

[2]Department of Nursing, Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, Valencia, Spain

Correspondence
Vanessa Sánchez-Martínez, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, C/ Menéndez y Pelayo, nº 19, 46010 Valencia, Spain.
Email: vanessa.sanchez@uv.es

Funding information
Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; Spanish Mental Health Nurses Association (AEESME) Research Grant, Grant/Award Number: 2020

Accessible Summary

What is known on the subject?

- Coercive measures represent an ethical conflict because they limit the person's freedom, compromising their personal autonomy, self-determination and fundamental rights.
- The reduction of the use of coercive measures implies not only regulations and mental health systems, but also cultural aspects, such as societal beliefs, attitudes, and values.
- There is evidence about the professionals' views on coercion in acute mental health care units and community settings, but they remain unexplored in inpatient rehabilitation units.

What the paper adds to existing knowledge?

- The knowledge about coercion varied from not knowing at all the meaning of the word, to a proper description of the phenomenon.
- Coercive measures are considered a necessary evil or normalized in mental health care and considered implicit to daily practice.

What are the implications for practice?

- The perceptions and attitudes towards coercion might be influenced by the knowledge about the phenomenon. Training of mental health nursing staff in non-coercive practice could help professionals to detect, be conscious towards, and question coercive measures, thus orienting them to the effective implementation of interventions or programmes with evidenced effectiveness to reduce them.

Abstract

Introduction: Creating a therapeutic and safe milieu with the minimum coercive measures requires knowing professionals' perceptions and attitudes towards coercion, but they remain unexplored in medium and long-stay inpatient psychiatric rehabilitation units.

Aim: To explore the knowledge, perception and experience of coercion among nursing staff at a rehabilitation medium-stay mental health unit (MSMHU) in Eastern Spain.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.
© 2023 The Authors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.

Method: Qualitative phenomenological study including 28 face-to-face, semi-structured interviews based on a script. Data were analysed using content analysis.
Results: Two main themes were found: (1) therapeutic relationship and treatment in the MSMHU, which included three subthemes: qualities of the professionals for building the therapeutic relationship; perceptions about the persons admitted to the MSMHU; views of the therapeutic relationship and treatment in the MSMHU; (2) Coercion at the MSMHU, comprising five subthemes: professional knowledge; general aspects; emotional impact of coercion; opinions; alternatives.
Discussion: Coercive measures are often normalized in mental health care and considered implicit to daily practice. A proportion of participants who did not know what coercion is.
Implications for Practice: Knowledge about coercion might influence attitudes towards coercion. Mental health nursing staff could benefit from formal training in non-coercive practice, facilitating the operative implementation of effective interventions or programmes.

KEYWORDS
coercion, mental health nursing, nursing staff, psychiatric rehabilitation, qualitative research

1 | INTRODUCTION

Coercive measures have been justified as a means of protection in psychiatric facilities (Hotzy et al., 2018) when service users become a potential danger to themselves or others (Fletcher et al., 2017). However, coercive measures imply an ethical conflict because, although they intend to protect or benefit the service user they also limit the person's freedom, compromising their personal autonomy (Guzmán-Parra et al., 2019; Hem, Gjerberg, et al., 2018; Hem, Molewijk, et al., 2018), self-determination (Hotzy et al., 2018) and fundamental rights (Aguilera-Serrano et al., 2018; Gooding et al., 2018; United Nations Human Rights Council, 2017).

There is no widely accepted definition of coercion, but since 1978 it is described by the Medical Subheadings of the National Library of Medicine as "the use of force or intimidation to obtain compliance". In mental health, different forms of coercion exist as measures to limit the autonomy and freedom of service users, and they can be categorized into two main types: formal and informal. Formal coercion is regulated by legislation, protocols and mental health professional guidelines (Paradis-Gagné et al., 2021). Examples of formal coercive measures are involuntary admission, seclusion or isolation, physical restraint and forced medication (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2017). Informal coercion is equally relevant and inflexible, but less visible and explored and the purpose of which is not so clear (Andersson et al., 2020; García-Cabeza et al., 2017; Hotzy & Jaeger, 2016). Informal coercion can be applied even when a person is receiving treatment voluntarily (Paradis-Gagné et al., 2021). Examples of informal coercion cover a range of more subtle practices based on communication within the therapeutic relationship, whether that be through persuasion, interpersonal influence, threats, negative pressure or professionals' stigmatized attitudes towards service users (Elmera et al., 2018; García-Cabeza et al., 2017; Hotzy & Jaeger, 2016).

Coercive practices in mental health services violate the liberty and human rights of those admitted, such as locked doors, or the confiscation of clothes and belongings (Cowman et al., 2017; Norvoll & Pedersen, 2016; Verbeke et al., 2019). Coercive measures, like mechanical restraint or forced medication, are still used to resolve conflicts in psychiatric wards, but scientific evidence has shown that otherwise effective interventions, adequate staff training and appropriate skills can provide a solution to these situations reducing the need for coercion (Gooding et al., 2018).

In recent decades, most developed countries have implemented new initiatives and changed their regulations to reduce the use of coercive measures, increase user autonomy and develop coercion-free mental health services that are respectful of human rights (Gooding et al., 2020; Kalisova et al., 2009; McSherry, 2017; Sampogna et al., 2019; Sugiura et al., 2020; World Health Organization, 2019). European directives and regulations concerning mental health have attempted to develop policies to improve practice and standards to reduce the use of coercive measures (Cowman et al., 2017; Gooding et al., 2020). Among these initiatives, some stand out due to the available evidence of their effectiveness: models such as Safewards (Bowers, 2014; Bowers et al., 2015; Fletcher et al., 2017), programmes like the Six Core Strategies (Gaynes et al., 2017; Gooding et al., 2018; NASMHPD, 2008), and precise interventions, for example open-door policies (Hochstrasser et al., 2018; Kalagi et al., 2018; Schneeberger et al., 2017), or de-escalation techniques (Fröhlich

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

et al., 2018; Richmond et al., 2012; Vieta et al., 2017). To regulate coercive measures, not only are regulations and mental health systems relevant, but cultural aspects, such as societal beliefs, attitudes, and values, are also fundamental because they sustain stigma, justifying a biomedical approach, paternalistic attitudes and the use of coercive measures (United Nations Human Rights Council, 2017).

According to some authors, conflict prevention could be among the foci of nursing staff in psychiatric wards, as it favours a therapeutic milieu and a safe environment with the minimum coercive measures possible (Bowers, 2014). To achieve this balance through the design and implementation of alternative measures, it is necessary to know professionals' and service users' perceptions and attitudes towards coercion.

To the best of our knowledge, studies exploring knowledge, perceptions and attitudes of professionals concerning the use of coercion in mental health services have been developed purely in acute care units (Doedens et al., 2020) or community mental health services (Aguilera-Serrano et al., 2017; Corring et al., 2018), and most of the evidence is focused on formal coercive measures, more commonly used there. However, the views of professionals working in medium and long-stay inpatient psychiatric rehabilitation units, where the use of formal coercive measures is less common, have not been explored. Accordingly, the aim of the present study was to explore the knowledge, perception and experience of coercion among the nursing staff of an inpatient medium-stay mental health unit (MSMHU) in Eastern Spain.

2 | METHODS

2.1 | Design

This is a qualitative study with data collected using face-to-face, semi-structured interviews. The purpose of describing the perception of coercion from the point of view of each participant and the collectively constructed perspective, led us towards a phenomenological design, using interviews as a means of collecting data (Neubauer et al., 2019). The study methods and results are reported in accordance with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist (Tong et al., 2007). The COREQ Checklist for this manuscript is available as File S1.

2.2 | Researchers' reflexivity

The present study arose in response to the professional concerns of MAC and VSM. After years of practice as mental health nurses and contact with persons with mental health problems, they wished to explore the nursing staff's knowledge, perception and experience of coercion in a psychiatric medium-stay unit in Spain. They designed the study, collected and analysed the data described herein. The study was developed in the MHMHU, where MAC worked as a mental health nurse, so a proportion of the participants had met her before.

2.3 | Participants and study context

The study population was the nursing staff of the MSMHU of Padre Jofré Hospital, in Valencia, Spain. Of 36 potential participants, 28 were eventually included, as five did not meet the inclusion criteria and three declined the invitation. Among the 28 participants, 27 were women and 13 were nurses. The mean age was 51.53 years (standard deviation 9.58), within a range of 23 to 64 years. The mean professional experience in the unit was 6.47 years (standard deviation 5.33), ranging from 6 months to 15 years (that is, since the hospital's opening).

The inclusion criteria were at least 6 months of experience working as a nurse or care assistant in the MSMHU, the ability to communicate in Spanish, willingness to participate and signed informed consent. There were no exclusion criteria.

Padre Jofré Hospital opened in October 2005, offering outpatient care in the day hospital and inpatient care in the psychiatric rehabilitation MSMHU. This unit consists of two wards, each with 25 beds. In each ward, there is a multidisciplinary team composed of eight nurses, 10 care assistants, a psychologist, and a social worker, and the two wards share three psychiatrists and three occupational therapists.

The MSMHU is a healthcare resource for people who require hospital admission due to persistent symptoms that go beyond the care possibilities of the outpatient setting, or for those who, following acute psychiatric admission, might benefit from a longer stay, of 4–6 months, in order to allow a comprehensive and individualized rehabilitation program to be implemented.

2.4 | Procedure

Before initiating data collection, a clinical session was organized to present the study protocol to all the nursing staff working at the Padre Jofré Hospital MSMHU. In this session, staff received information regarding the study design, were invited to ask questions and were requested to participate if they met the inclusion criteria. All the professionals meeting the inclusion criteria and who agreed to participate signed the informed consent form and were subsequently interviewed. Those who did not volunteer to participate did not provide their reasons. To facilitate participation, interviews were scheduled with each participant at their convenience.

Each interviewee independently completed their sociodemographic data questionnaire. In the first four interviews, MAC and VSM, both female, were present in order to standardize the approach to the interviewees. VSM guided two interviews while MAC was present, and MAC guided two interviews while VSM was present. Subsequently, the rest of the interviews were conducted by MAC, who took field notes when she considered it necessary to relate the

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

use of non-verbal language with silence or certain verbal expressions. Interviews were conducted between March 10th, 2020, and December 23rd, 2020. The restrictions announced as a result of the COVID-19 pandemic affected the unit's functioning, and as a result no interviews were carried out between mid-March and July 2020.

All the interviews were audio-recorded after the participant read the information sheet, agreed to participate and signed the informed consent form. Interviews were anonymised with a two-figure code that corresponded with the order of participation. The sociodemographic data questionnaire and the notes taken during each interview were kept together to avoid mislaying any information.

A script, previously designed and approved by both authors (File S2, Interview script), included open questions to invite the participants to describe their views on what good care in the MHMSU is and their knowledge, perception and experience of coercion. If the researcher considered it necessary to allow the participants to clarify their answers, or to explore a relevant aspect, additional questions were asked. If a participant did not know what coercion was, a definition was provided. Data saturation was determined when three consecutive interviews provided no new information, which occurred after interview 26. Nevertheless, all 28 interviews were included in the data analysis. The interviews were carried out in the hospital, in meeting rooms that were available at the time and offered reduced external stimuli, that is, silence, a comfortable temperature and with nobody else present. The interviewers created an atmosphere of trust and confidentiality with an assertive, but respectful and open attitude, and strove at all times to favour communication with the interviewee. The interviews lasted between 25 and 45 min.

2.5 | Data analysis

The interviews were transcribed verbatim and identified with a code to maintain confidentiality. Data were analysed using qualitative content analysis (Graneheim & Lundman, 2004). The pre-analyses were carried out through several independent readings by both researchers of the interviews to obtain an in-depth understanding of their contents. The analysis was performed in three consecutive stages. First, open coding was carried out, during which the researchers re-read the transcripts independently and selected meaning from paragraphs, sentences or words related to the topic of the study and assigned them codes. Second, each author independently grouped their codes into themes, subthemes, and categories. Finally, through an interpretative process during team meetings, the authors discussed and agreed on the final codes and the definitive classification of the themes, subthemes, and categories. The analysis content was supported by the software ATLAS.ti, version 9.0 (Scientific Software Development GmbH).

2.6 | Ethics

The study was conducted following the ethical principles for medical research involving human subjects described in the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2013) and was approved by the Research and Ethics Committee of Padre Jofré Hospital. The study protocol was also approved by the hospital's medical director and supervisors of the nursing staff.

A procedure to manage situations in which the interviewee might need emotional support was designed. However, none of the participants required an intervention during the interview despite some of them verbalized to have experienced distress being present in one or more precise situations.

3 | RESULTS

The sociodemographic characteristics of the participants are described in Table 1. Through content analysis 1248 quotations were identified, which were grouped into 334 codes. Most of this information referred to the description of the context and functioning of the units where the research was carried out. For this reason,

TABLE 1 Sociodemographic characteristics of the participants.

Identification number	Age	Profession	Years of service
1	39	Nurse	0.5
2	57	Care assistant	2
3	58	Care assistant	15
4	49	Care assistant	5
5	34	Nurse	3
6	57	Care assistant	2
7	57	Care assistant	11
8	48	Nurse (male)	5
9	46	Care assistant	4
10	56	Nurse	15
11	45	Care assistant	4
12	56	Nurse	4
13	56	Care assistant	6
14	57	Care assistant	15
15	57	Care assistant	7
16	58	Care assistant	15
17	63	Nurse	9
18	52	Care assistant	2
19	39	Nurse	1
20	57	Nurse	0.5
21	64	Care assistant	15
22	23	Nurse	0.5
23	56	Care assistant	0.66
24	55	Nurse	1
25	58	Nurse	4
26	56	Care assistant	11
27	54	Nurse	10
28	36	Nurse	13

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 2 Themes, subthemes and categories.

Themes	Subthemes	Categories
Theme 1. Therapeutic relationship and treatment in the MSMHU.	Personal and professional qualities of the professionals for building the ideal therapeutic relationship	Personal abilities and characteristics
		Professional competence
	Perceptions about the persons admitted to the MSMHU	Negative or stigmatizing perceptions
		Positive descriptions
	Views of the current therapeutic relationship and treatment provided in the MSMHU	Appropriate treatment
		Occasional handling
Theme 2. Coercion at the MSMHU.	Professionals' knowledge	Professionals' knowledge
	General aspects	Triggers
		Justification
		Use of coercive measures in the MSMHU
	Emotional impact of coercion	Emotional impact of coercion
	Opinions	For
		Against
	Alternatives	Verbal de-escalation
		Training and knowledge
		Other

only the 54 codes that corresponded with our objectives were analysed in depth and classified into 14 categories, eight subthemes and two themes: therapeutic relationship and coercion. These two themes are relevant because the nursing staff's interpretations of good care could reflect their positions on the biomedical model and paternalistic attitudes, which may relate to their views and experience of coercion. This structure is described in more detail in Table 2.

3.1 | Theme 1. Therapeutic relationship and treatment in the MSMHU

The participants highlighted the relevance of the therapeutic relationship in mental health care settings. Three subthemes were identified: personal and professional qualities of the professionals required for an ideal therapeutic relationship; perceptions about the persons admitted to the unit; and views of the current therapeutic relationship and treatment provided in the MSMHU.

When asked about staff qualities that are essential to provide optimal care and treatment, the participants described both personal abilities and characteristics and professional competence:

P8: In the time I have been working in mental health services, I have realised that patients react quite differently when they are well treated; that is, with kindness and respect. You don't have to make a big deal out of it, you don't have to give them a bow; just treat them like persons and it makes an enormous difference.

In terms of personal characteristics, empathy, patience, and closeness were the most frequently mentioned.

P22: Mainly empathy, much empathy. Sometimes, users are not well understood.

P5: Patience, as in certain moments they could drive you mad, and situations that you don't know how to deal with, so a lot of patience…

P26: Much patience and tolerance, and much self-control.

In terms of professional competence, the most frequently cited as being essential were communication skills and training and knowledge about mental health.

P1: Listening to them a lot. They are grateful to be listened to, with active listening.

P6: Knowledge, of course. If you work here, and, as in my case, you have no preparation, many situations slip through your fingers… you must know the speciality to manage situations better.

The professionals' perceptions and opinions about the people they care for were grouped. The participants sometimes expressed negative or stigmatizing perceptions about service users; for example, that they were unstructured people, with very low self-esteem, helpless, manipulative or naturally demanding.

P26: The psychiatric patient is naturally manipulative, it's not that they have bad intentions, it's because of their illness.

In contrast, there were also positive descriptions. For example, some participants considered the people they cared for to be grateful, highlighting that they possess the same rights as any others and that they are people to learn from, thus breaking pre-existing stigmas thanks to contact and experience with the service users.

P8: They are incredibly grateful people; you give them little, and they think you have given them the world, and maybe there is a middle ground there, where what we offer them is good and, above all, they are grateful and value it.

The professionals' perceptions of the therapeutic relationship and the treatment in the MSMHU included the detection of attitudes or

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

behaviours towards service users they considered to represent occasional malpractice, and these ranged from favouritism, stigma and paternalism to abuse. Most participants qualified these attitudes and behaviours as potential triggers for a worsening of the service users' clinical condition. Some examples are described below:

P17: You really empathise more with some people, and, because of this, you sometimes treat them differently.

P2: That habit we have of scolding them as if they were small children, continuously "now get dressed, take this, do this…". As if we were talking to our small children, completely infantilising care.

P27: I think some professionals sometimes assume we are the authority here. So it's a bit like "you have to do what I say, because I say so and I'm the one who's wearing the white uniform".

All the participants described the therapeutic relationship as close and positive, except in exceptional situations in which mistreatment occurred. These were reported to have been punctual and caused by countertransference.

P22: If the health professional is interested in the patient's improvement, which I think most people here are, and the patient is interested in getting better, in most cases a very good therapeutic relationship is maintained.

P28: I saw a bad professional performance and reported it. A bad relationship had already been identified between a patient and the care assistant, and I think this did not help … I believe in that case the bad therapeutic relationship played a role and that the situation could have been managed differently.

3.2 | Theme 2. Coercion at the MSMHU

This theme contains five subthemes, eight categories and 24 codes.

One of the subthemes was the professionals' knowledge about coercion. Ten participants (six care assistants and four nurses) said they had never heard about it or did not know what it was, six related it to duress or restriction, and the rest provided different definitions of their idea of coercion, of which some examples are cited below:

P8: Coercion would be trying to stop the patient from engaging in certain behaviours by using a range of means, from words to restraint, pharmacological or mechanical …

P22: For me, coercion is any act that ultimately violates a person's rights.

The second subtheme was certain general aspects about coercion, such as the triggers for applying coercive measures, their justification and the current use of coercion in the MSMHU. Agitated behaviour, risk of self-injury and potential damage to other people were described as common triggers for the use of formal coercive measures.

P8: Coercion would be trying to stop the patient from engaging in certain behaviours by using a range of means, from words to restraint, pharmacological or mechanical …

P22: For me, coercion is any act that ultimately violates a person's rights.

P14: When someone says "I want to throw myself out of the window", or starts breaking things, or they are very psychotic and out of control, normally some coercive measure is applied.

The professionals explained that coercive measures were triggered by behaviours that could harm the person or others, and that this justified their use. Some participants named other justifications, such as making the service users aware that their actions have consequences; the most referred reason was that it was the service user's best interest.

P4: "Blessed" is involuntary admission if it's for their own good. Forcing someone to do something… is not right (pause)… but if it's for their own good, then it's fine.

The professionals with more experience working in the unit (over 5 years) agreed that coercion was more common years ago and that coercive measures are now applied only when there is no other option. Some of the participants focused on the use of mechanical restraints.

P15: Now… well… I imagine that the patients haven't changed; the patients are the same, it's more to do with our understanding of psychiatry, because it is evolving for the better, there is more active listening and the service users are approached in a different way.

A participant explained that she noticed a big difference between the previous coercion and the current *freedom*.

P26: The rules in this unit are too flexible now.

In the months during which data collection was taking place, the MSMHU adopted an open-door policy from 8 am to 8 pm. This provoked polarized reactions among staff, who were clearly either for or against leaving the doors of the unit open. Some participants believed the measure was feasible if vigilance or security staff were increased.

P6: I thought it was going to be a more contentious issue. I don't really feel uneasy about leaving the doors of the unit open. It seemed a bit crazy to me… but the truth is that I'm quite calm now. I'm coping well.

P24: To me, the idea that they can enter, leave… that you don't even know where they are or where they might be, seems very risky, but on the other hand, it hasn't gone wrong… So, I find a lot of differences in coercion before and now.

P26: It is reckless to leave the doors open; it is reckless not only because our personal belongings are in danger, but because the patients could get into the into the nursing station and ingest

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

medication, or anything… I think it is unacceptable to leave the doors open.

The third subtheme was the emotional impact of coercion. The professionals commented on unpleasant experiences with negative emotional impact when applying or witnessing two precise formal coercive measures, mechanical restraint and forced medication.

None of the participants expressed any emotional impact related to the use of informal coercive measures.

The fourth subtheme were opinions or points of view on coercion, which were divided into those for and those against. The opinions supporting coercion included those in which user freedom was perceived as negative and coercion was described as a positive prescribed measure or was seen as normalized in the psychiatric care context. In contrast, when opinions considered coercive measures to be avoidable, obsolete and the very last option to be employed, they were classified as being against coercion.

P21: It [mechanical restraint] is a positive measure because it is necessary in that moment… you can't let a person hurt themselves. They are not in control or lucid in that moment, for whatever reason, and you can't let them injure themselves.

P14: Restraining someone should be the last thing to happen because you are taking away their freedom and that cannot be tolerated.

P22: I believe that restraint can be avoided most of the time. There are cases that either because of the pathology or because of the person, there is no other option, but I believe that 99% of these extreme situations can be avoided.

P8: In this hospital, what we try is dialogue, dialogue, dialogue, and if it does not work, medication. I am glad I have never had to use mechanical restraint here, because it is the last option.

The fifth subtheme was alternatives to coercion. The professionals mentioned verbal de-escalation as the first option to manage conflict and reduce the need for coercion, followed by staff training and knowledge, and a good therapeutic relationship and the need for voluntary admissions in the MSMHU.

P16: It is true that it [de-escalation] is exhausting for the worker, but it is also true that it works, and sometimes it allows you to avoid the need for pharmacological restraint. The thing is, it can take hours… I admit that it may be exhausting, but I think that it is one of the things that enriches you the most when it works out well. That's what gives you the most as a professional.

P20: I do believe that if there is a good relationship and good communication, in the end you won't need any coercive measures, neither mechanical nor verbal, or anything else.

P27: Creating a therapeutic environment greatly influences and benefits the relationship between the user and the staff, and it is feasible… not everything can be solved by pills. If you manage to create that bond and that person maybe tells you what is happening to them, then you can help them without medication.

P27: That's why voluntary admission is also very important; a voluntarily admitted person, because forcing someone to be here is not a good idea….

Connections between the participants' interpretations of the therapeutic relationship and their views on coercion are reflected in the citations. Some participants, like P8 or P22, described empathy and closeness as the staff's characteristics for building the ideal therapeutic relationship and provided positive descriptions of the users, as worthy of respect as any other person. They were able to define coercion and described attitudes against the use of coercive measures, considering them the very last option. In contrast, a few other participants, like P26, focused on patience, determination and self-control as staff characteristics for building the ideal therapeutic relationship. They described perceptions of the users as demanding and manipulative persons who believe they are always right. These views could be reflected in practice by paternalism or abuse and positive attitudes towards using coercive measures.

4 | DISCUSSION

This study explored MSMHU professionals' experience of coercion in Spain. Approximately one third of the participants did not know the meaning of the word coercion, but all described having seen or participated in situations perceived by them as either coercive or unfair, and where they considered the admitted person's rights and freedom to have been violated. Situations reflecting informal coercive measures were described as the most common in the MSMHU, with professionals appearing to be only partially conscious of them being forms of coercion. Participants with more professional experience in the MSMHU perceived a notable difference between the more general use of coercion in previous years and a much less frequent use at the time of the interviews. Some believed this could be related to a positive evolution, a paradigm shift in psychiatric care.

The participants with longer professional trajectories had a more normalized perception of coercive measures than those who were less experienced and who tended to be more critical of coercion. This finding is in contrast with the literature. Vandamme et al. (2021) suggested that professional experience did not influence the staff's views of coercion. Krieger et al. (2021) concluded that more experienced mental health professionals expressed a more critical view of coercion. These divergences could be explained by the fact that the participants in our study were all nursing staff and that regulations regarding mental health care vary among cultural contexts.

The participants highlighted the relevance of the therapeutic relationship and the treatment applied when caring for persons with mental disorders as factors that can reduce coercion. How professionals interact with service users makes a difference to a therapeutic relationship, as service users recognize when they are well or badly treated. In a recent qualitative study, Spanish mental health service users perceived that professionals' prejudice, paternalism

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

and abuse were an obstacle to the creation of an optimal therapeutic relationship (Martínez-Martínez et al., 2021).

Different views on coercive measures were expressed in the interviews we conducted. As in previous research, most of the professionals prioritized safety and described coercion as unwanted but necessary to maintain a safe milieu (Doedens et al., 2020; Gerace & Muir-Cochrane, 2019). Some participants were ambivalent about what does and does not constitute coercion, and spoke of the fine line between the violation of service users' rights and necessary measures for their own good. Other professionals unconsciously recognized applying coercive measures, either because they were not familiar with the word coercion or because coercion is so deeply rooted in mental health care that it has become normalized. In addition, they encountered difficulty when deciding if the use of extreme coercive measures was justified or not. As in previous studies (Hem, Gjerberg, et al., 2018), the primary justification for any coercive measure was that it was for the good of the person. This reinforces the impression that the use of coercion in mental health care is related with ethical and moral dilemmas, contributing to feelings of conflict and distress among professionals, as concluded by previous research (Helmchen, 2021; Mellow et al., 2017). It would seem that dilemmas emerge when assessing the balance between promoting good (beneficence) and inflicting harm (maleficence); that is, professionals experience doubts or uncertainty about what is right or most appropriate (Hem, Gjerberg, et al., 2018).

The participants in our study described the emotional impact caused by the application of coercive measures such as mechanical restraint, expressing grievance for the harshness of the situation, but no emotional impact was related to the use of informal coercion. They tended to justify the application of coercive measures with three reasons: the lack of alternatives to coercion, considering there was no other way to act; the certainty that, if these measures had not been applied, the user would have self-injured or hurt others; or that these measures were applied "for the user's good", as a way of helping them to improve clinically. Indeed, all these justifications were described in a recent review by Chieze et al. (2021). However, Paradis-Gagné et al. (2021) described coercion as an instrument of the philosophy of control and discipline, and a way of ensuring compliance with institutional regulations.

An alternative to coercion are the open-door policies adopted by some mental health units. The definition of open doors ranges from vaguely defined policies to explicitly defined periods of time in which the unit is open. Different studies report reductions in the use of coercive measures as part of open-door policies and no adverse effects as a result (Steinert et al., 2019). Open doors were implemented in our MSMHU after data collection had begun, which allowed us to register early perceptions and opinions about the policy. The views ranged from calm and positive expectation to considering it reckless due to the surrendering of control it implied, in line with that reported by Kalagi et al. (2018).

The main reason to maintain the doors to mental health units locked has always been safety; that is, to prevent aggressive behaviour. Restrictions can aggravate violent behaviour and, thus, lead to the use of coercive measures (Schneeberger et al., 2017). However, there is growing evidence that locked-door policies in mental health care units do not offer safer environments than open doors in terms of suicide, absconding, aggression and substance, and that they instead contribute to a more authoritarian and less therapeutic milieu (Fröhlich et al., 2018; Hochstrasser et al., 2018). Moreover, previous studies suggest that the opening of doors in mental health care units reduces the use of coercive measures—particularly seclusion—in a statistically significant manner (Hochstrasser et al., 2018).

5 | STRENGTHS AND LIMITATIONS

This study followed a rigorous methodology. The analysis of themes, sub-themes, categories and codes was carried out independently by each author and then agreed by both. However, this is a qualitative study, and as such, its results cannot be generalized. Moreover, the fact that different countries offer mental health care in different settings limits the comparison and generalization of our findings.

6 | CONCLUSION

Some nurses still consider certain coercive measures to be a necessary evil, while expressing the need for less intrusive procedures that are more respectful of the rights and dignity of people with mental health problems. We should emphasize the proportion of participants who did not know what coercion is, despite having worked in mental health for years, and the assumption that coercive measures in mental health care are normal and implicit to daily practice as relevant findings of this study. Our work reflects perceptions and opinions regarding the application of alternatives to coercion, such as open-door policies, and highlights the importance of working to build a good therapeutic relationship in order to achieve coercion-free units.

7 | IMPLICATIONS FOR PRACTICE

The perceptions and attitudes towards coercion might be influenced by the knowledge about the phenomenon. Training of mental health nursing staff in non-coercive practice could help professionals to detect, be conscious towards, and question coercive measures, thus reducing its use. The training should: (1) raise awareness of the existence and application of formal and informal coercive measures; (2) address the ethical principles linked to mental health care; (3) instil awareness of all ethically acceptable approaches to a given situation in order to always respect the well-being and rights of the individual; and (4) provide skills to achieve an optimal therapeutic alliance and to manage conflict verbally in order to reduce the use of coercive measures.

The acquisition of knowledge about coercion could make mental health nursing staff more able to efficiently implement some precise

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

interventions with evidenced effectiveness, such as open-door policies or de-escalation techniques, models such as Safewards, or programmes like the Six Core Strategies.

Despite international regulations, there is still much to be done to ensure that respect for mental health service users' human rights is guaranteed. The development and implementation of new policies to supress coercion and strategies or interventions to improve the therapeutic relationship and treatment are essential.

8 | FUTURE RESEARCH

Future research should focus on exploring the experiences of professionals and service users in units where alternatives to coercion are applied, to explore their effectiveness. It is important to further study informal coercion, which seems to be the most commonly applied, and perhaps the best way to do this would be through participant or non-participant observation studies.

9 | RELEVANCE STATEMENT

This qualitative study examined the views on coercion of the nursing staff working in a medium-stay inpatient psychiatric rehabilitation unit. Associations between the staff's perceptions of the therapeutic relationship and their attitudes towards coercion were found. Some participants were aware of coercion and expressed attitudes against coercive measures, while others did not know what coercion is, and they expressed that coercive measures are often normalized in mental health care and implicit in daily practice. Knowledge about coercion may influence the attitudes towards coercion, so mental health nursing staff might benefit from formal training in non-coercive practice, orienting them to implement effective interventions or programmes.

AUTHOR CONTRIBUTION

MAC and VSM were involved in study design, data collection and analysis, manuscript preparation and approval of the final version.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank the professionals at Medium-Stay Mental Health Unit at the Hospital Padre Jofré for their honest and disinterested participation.

FUNDING INFORMATION

This research received funding from two competitive calls: the Spanish Mental Health Nurses Association (AEESME) 2020 Research Grant and the Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research of the Valencian Region (FISABIO) Doctoral Thesis Grant UGP-21-017 (2020 Call).

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors have no conflict of interest to declare.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ETHICAL APPROVAL

The study was conducted following the ethical principles for medical research involving human subjects described in the Declaration of Helsinki and was approved by the Research and Ethics Committee of the Padre Jofré Hospital (Valencia). The study protocol was also approved by the hospital's medical director and supervisors of the nursing staff. Prior to each interview, the participant received a document describing the details of the study and was encouraged to ask the researchers to resolve any queries. She/he then signed the informed consent form and gave their permission for the interviews to be audio recorded.

ORCID

Miriam Aragonés-Calleja https://orcid.org/0000-0002-7192-680X
Vanessa Sánchez-Martínez https://orcid.org/0000-0001-6097-7655

REFERENCES

Aguilera-Serrano, C., Guzmán-Parra, J., García-Sanchez, J. A., Moreno-Küstnere, B., & Mayoral-Cleriesa, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(2), 129–144. https://doi.org/10.1177/0706743717738491

Aguilera-Serrano, C., Heredia-Pareja, C., Guzmán-Parra, J., García-Sánchez, J. A., & Mayoral-Cleries, F. (2017). Coercive measures in mental health care. Focus group with professionals in the field of community health. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, *1*, 1–4. https://doi.org/10.35761/reesme.2017.1.02

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing Ethics*, *27*(3), 741–753. https://doi.org/10.1177/0969733019884604

Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *1*, 499–508. https://doi.org/10.1111/jpm.12129

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 1412–1422. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive measures in psychiatry: A review of ethical arguments. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 790886. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.790886

Corring, D., O'Reilly, R. L., Sommerdyk, C., & Russell, E. (2018). What clinicians say about the experience of working with individuals on community treatment orders. *Psychiatric Services*, *69*(7), 791–796. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700492

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, 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

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(4), 446–459.

Elmera, T., Rabenschlaga, F., Schorib, D., Zuabonic, G., Kozeld, B., Jaegere, S., Mahlkef, C., Heumannf, K., Theodoridouh, A., & Jaege, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, *262*, 400–406. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2017). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards) CPT/Inf(2017)6. https://rm.coe.int/16807001c3

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26*, 461–471. https://doi.org/10.1111/inm.12380

Fröhlich, D., Rabenschlag, F., Schoppmann, S., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2018). Positive effects of an anti-aggression and de-escalation training on ward atmosphere and subjective safety may depend on previous training experience. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 134. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00134

García-Cabeza, I., Valenti, E., & Calcedo, A. (2017). Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: A focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud Mental*, *40*(2), 63–69. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.009

Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *68*(8), 819–831. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314

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

Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: An international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *142*(1), 27–39. https://doi.org/10.1111/acps.13152

Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Kustner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(2), 448–456. https://doi.org/10.1111/inm.12546

Helmchen, H. (2021). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Praktische Konsequenzen ethischer Aspekte [coercion in psychiatry: Practical consequences of ethical aspects]. *Der Nervenarzt*, *92*(3), 259–266. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00998-7

Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, *25*(1), 92–110. https://doi.org/10.1177/0969733016629770

Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health care professionals. *BMC Medical Ethics*, *19*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12910-018-0297-y

Hochstrasser, L., Voulgaris, A., Möller, J., Zimmermann, T., Steinauer, R., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2018). Reduced frequency of cases with seclusion is associated with "opening the doors" of a psychiatric intensive care unit. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 57. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00057

Hotzy, F., & Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 197. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00197

Hotzy, F., Motteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, A. R., Seifritz, F., Hoff, P., & Jäger, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: An observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Medical Weekly*, *148*, w14616. https://doi.org/10.4414/smw.2018.14616

Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2018). Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: A qualitative interview study. *BMC Psychiatry*, *18*, 304. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1866-9

Kalisova, L., Raboch, J., Cihal, L., Kitzlerova, E., Cerny, M., Eunomia, S., et al. (2009). Perception of restriction and coercion during non-voluntary (imposed) hospitalization and after dismissal. *Ceska A Slovenska Psychiatrie*, *105*(1), 5–11.

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(2), 149–162. https://doi.org/10.1111/jpm.12643

Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Ballester-Martínez, J., Richart-Martínez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2021). A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(4), 721–737. https://doi.org/10.1111/jpm.12727

McSherry, B. (2017). Regulating seclusion and restraint in health care settings: The promise of the convention on the rights of persons with disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, *53*, 39–44. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.05.006

Mellow, A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, *22*(1), 1–15.

NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors). (2008). Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. *National Association of State Mental Health Program Directors*. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf

Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, *8*(2), 90–97. https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2

Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, *156*, 204–211. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033

Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(3), 590–609. https://doi.org/10.1111/inm.12855

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, *13*(1), 17–25. https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Pocai, B., Palummo, C., Fico, G., Giallonardo, V., De Rosa, C., & Fiorillo, A. (2019). Perceived coercion among patients admitted in psychiatric wards: Italian results of the EUNOMIA study. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 316. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00316

Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U. E., Bux, D. A., & Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *Journal of Psychiatric Research*, *95*, 189–195. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017

Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. G., & Hirsch, S. (2019). Offene Türen in psychiatrischen Kliniken: Eine Übersicht über empirische Befunde [Open doors in psychiatric hospitals: An overview of empirical findings]. *Der Nervenarzt*, *90*(7), 680–689. https://doi.org/10.1007/s00115-019-0738-y

Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, *98*(1), 52–58. https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

United Nations Human Rights Council. (2017). Special rapporteur on the right to physical and mental health. https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx

Vandamme, A., Wullschleger, A., Garbe, A., Cole, C., Heinz, A., Bermpohl, F., Mielau, J., Mahler, L., & Montag, C. (2021). The role of implicit and explicit staff attitudes in the use of coercive measures in psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 699446. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.699446

Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, *223*, 89–96. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 328. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0

World Health Organization (WHO). (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: Course slides*. World Health Organization https://apps.who.int/iris/handle/10665/329747

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *00*, 1–11. https://doi.org/10.1111/jpm.12921

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12921 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [04/04/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Anexo 4. Artículo 4: Users' experience of treatment and coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: a mixed methods study.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

WILEY

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Users' Experience of Treatment and Coercion in an Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit: A Mixed Methods Study

Miriam Aragonés-Calleja[1,2] | Vanessa Sánchez-Martínez[2]

[1]Mental Health Department, Hospital Padre Jofre, Valencia, Spain | [2]Department of Nursing, Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, Valencia, Spain

Correspondence: Vanessa Sánchez-Martínez (vanessa.sanchez@uv.es)

Received: 2 March 2024 | **Revised:** 14 September 2024 | **Accepted:** 7 October 2024

Funding: This research received funding from two competitive calls: the Spanish Mental Health Nurses Association (AEESME) 2020 Research Grant and the Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research of the Valencian Community (FISABIO) Doctoral Thesis Grant UGP-21-017 (2020 Call).

Keywords: coercion | mental health service user | mixed methods study | psychiatric rehabilitation

ABSTRACT

Introduction: Coercion influences mental health services users' experience of care and can hinder their recovery process, so it is essential to understand how it is perceived in rehabilitation settings oriented towards recovery.

Aim: To describe and measure users' experience of coercion and explore their perception of the treatment received in an inpatient medium-stay psychiatric rehabilitation unit (IMSPRU).

Method: This study, in which 75 service users participated, used a mixed methods approach. Twenty participants were administered a semistructured interview and completed quantitative measures for coercion and 55 additional service users completed the quantitative measurements only. The perception of coercion was measured using the Coercion Experience Scale.

Results: The content analysis of qualitative data resulted in two main themes: treatment received and experience of coercion in the IMSPRU. The participants made a distinction between good treatment and mistreatment or unfair treatment. Experience of coercion in the IMSPRU included the feeling of freedom or lack thereof in the unit, forms of formal and informal coercion, and the positive or negative impact of rules on the unit. The quantitative data revealed a low perception of formal coercion among the users.

Discussion: Individuals had different views of what it meant to be treated well, but all agreed on the importance of communication and the need to feel respected. Informal coercion was the most frequent type of coercion identified, but users were often unaware of its existence.

Implications for Practice: Knowledge of how IMSPRU users experience the treatment received from nursing staff and how they perceive coercive situations will help to lay the foundations of a system of care oriented towards good treatment and noncoercive practices.

1 | Introduction

The use of coercive practices in mental health is often justified as a means to manage complex situations and to ensure the safety of the environment, for example, to prevent a user from self-harming or injuring others (Fletcher et al. 2017). However, it should be borne in mind that the overuse of coercive measures in a psychiatric setting, such as physical restraint or the forced

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2024 The Author(s). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.

Summary

- What is known on the subject?
  - Formal coercive measures are the most clearly based on coercion, while the so-called informal and perceived coercion are other approaches employed within the mental healthcare system.
  - Professional attitudes and professional–user interactions are important factors that condition the subjective experience of users regarding coercion and the treatment and care received in mental health institutions and can hinder or promote their recovery process.
- What the paper adds to existing knowledge?
  - Users were often unfamiliar with the term 'coercion' but can generally identify situations in which they have felt a loss of freedom or a violation of their rights.
  - Quantitatively, users expressed low levels of perceived formal coercion.
- What are the implications for practice?
  - The evidence-based insights derived from this study offer a foundation for developing and enhancing IPNS-related healthcare policies, which can promote accessible, personalised care for older people with T2DM.
  - Knowledge and understanding of the experience of treatment received of users of inpatient medium-stay psychiatric rehabilitation units and their perception of coercive situations could help to orientate care towards good treatment and noncoercive practices.

administration of psychotropic drugs, is considered negative and may very well be ineffective, unethical, antitherapeutic and a violation of the individual's human rights. Therefore, to avoid imminent harm, they should always be used as a last resort, when other approaches have failed, and as sparingly as possible (United Nations 2016, 2017; Krieger et al. 2018; Gooding et al. 2018).

Coercive measures are in conflict with the principle of autonomy, central to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), which aimed to empower users of mental health services to make their own decisions (European Union 2006; United Nations 2017; Marinetti 2019). Both medical and nursing ethics value respect for the autonomy and dignity of users, prioritising their decisions over paternalistic practices and striving to build a strong therapeutic relationship based on respect, a relationship that can be compromised by the use of coercive measures (Ye et al. 2017; Zaami et al. 2020; Liégeois 2023).

Previous studies regarding coercion in mental health described three types of coercion: formal coercion (World Health Organization 2017; Aguilera-Serrano et al. 2017; Hotzy et al. 2018), informal coercion (Szmukler and Appelbaum 2008; Hotzy and Jaeger 2016) and perceived coercion (Hem et al. 2018; Elmera et al. 2018).

Formal coercion during psychiatric hospitalisation is described in the literature as formally regulated and documented and covers five practices: involuntary admissions, seclusion, restriction of movement (physical or mechanical restraint), compulsory treatment and forced medication administration (World Health Organization 2017; Aguilera-Serrano et al. 2018; Elmera et al. 2018). To date, this phenomenon related to psychiatric hospitalisation has been explored mainly in acute psychiatric care units. In the reports published, users describe formal coercive measures as 'traumatic', causing them intense distress, resulting in serious difficulties in their recovery process and a profound loss of trust in the therapeutic relationship (Sashidharan, Mezzina, and Puras 2019). The restriction of movement can also have major impacts on the subject's physical health, ranging from bruises or circulatory problems to, in the worst case, death by suffocation (Lan et al. 2017; World Health Organization 2017, 2019; Kersting, Hirsch, and Steinert 2019). Formal coercive measures are the most clearly related to coercion, but Norvoll and Pedersen (2016) concluded that coercion is a far-reaching phenomenon of which formal coercion is just the tip of the iceberg.

Informal coercion is neither regulated nor well-documented and includes negative pressures, stigmatisation by professionals (Aguilera-Serrano et al. 2018; Elmera et al. 2018), the application of strict rules in units (Verbekea et al. 2019) and the confiscation of personal items, all of which are considered by users as a violation of their human rights (Staniszewska et al. 2019). This phenomenon, although common in any mental healthcare setting, has received very little attention, and the limited research carried out in the past has focussed mainly on acute psychiatric care units (Hotzy and Jaeger 2016). Negative pressure refers to psychological pressure manifested through communicative strategies used by professionals and informal caregivers to influence the decision-making of service users and improve their adherence to the recommended treatment and social norms. This strategy is also commonly known as informal coercion, covert coercion or treatment pressure (Valenti and Giacco 2022; Potthoff et al. 2022). Research on this type of treatment usually refers to Szmukler and Appelbaum's hierarchy of treatment pressures Szmukler and Appelbaum (2008), which categorises them into four forms: persuasion, interpersonal influence, incentives and threats. Both professionals and users report adverse effects of informal coercion, such as increased stigmatisation of mental health services, deterioration of the therapeutic relationship and avoidance of mental health care. However, both parties can also view it positively when it is applied ethically in a way that shows respect for the user's autonomy and transparency in communication. When this occurs, both sides describe potential desirable effects, such as improved adherence to treatment, enhanced clinical stability and prevention of relapse (Hotzy and Jaeger 2016).

Perceived coercion is the users' feeling or perception of being coerced, whether or not a coercive measure has been applied (Hem et al. 2018; Elmera et al. 2018). This form of coercion can overlap with both formal and informal coercive measures. In this sense, even assertive and outreach care have been associated in the literature with feelings of perceived coercion, as they often imply providing healthcare to people who do not seek it or even actively avoid it (Claassen and Priebe 2006; Liégeois, Berghmans, and Destoop 2021; Liégeois 2023). Levels of perceived coercion are especially related to the user's legal status at the time of their admission, to the negative pressure perceived at the time of admission (due to the use of threats and force) and to a sense of being treated without respect or consideration (Sampogna et al. 2019). In this line, treatment is provided through the professionals'

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

attitudes and professional–user interactions. They have been highlighted as having a particularly strong emotional impact, which pinpoints the importance of mental health workers' behaviour and the treatment provided to users, especially during episodes of hostility or agitation (Aguilera-Serrano et al. 2018).

Coercion continues to be used worldwide in all psychiatric care settings (Aragonés-Calleja and Sánchez-Martínez 2024). It influences mental health service users' experience of care (Woodward, Berry, and Bucci 2017; Staniszewska et al. 2019), can hinder the recovery process (Sashidharan, Mezzina, and Puras 2019), causes a deterioration of therapeutic relationships and results in avoidance of mental health care (Hotzy and Jaeger 2016). Consequently, current models and paradigms of mental health care are focussed on user recovery and self-determination, and explicitly advocate for coercive measures to be reduced. Although coercive measures are applied in all care settings, most of the research related to coercion has been conducted in acute care units, where the main aims are to restore the clinical stability of users or to treat acute symptoms. However, the severity of the clinical conditions of the users, the conditions in which therapeutic relationships are established and the different purposes of hospitalisation in other units, such as recovery-oriented rehabilitation units, mean that the application of coercive measures may differ both in type and frequency, and also the users' perceptions of treatment. Therefore, it is important to continue improving the collective understanding of formal, informal and perceived coercion by exploring the perceptions and experiences of mental service users, especially those admitted to rehabilitation settings oriented towards recovery, as these are factors that can have an impact on their recovery process. To the best of our knowledge, users' experience of treatment and coercion in inpatient psychiatric rehabilitation units has not been explored previously. The treatment provided includes the professionals' attitudes and professional–user interactions, and these may represent forms of informal or perceived coercion different from those found in acute care units. Thus, we set out to describe and measure users' experience of coercion and to explore their perception of the treatment received in an inpatient medium-stay psychiatric rehabilitation unit (IMSPRU) in Valencia, Spain.

2 | Methods

2.1 | Design

This is a sequential mixed methods exploratory study consisting of qualitative and quantitative components. Through semi-structured interviews with users in an IMSPRU, qualitative data were collected to explore their experience of treatment and coercion until data saturation was reached. Quantitative data were collected to further analyse their experience of coercion using an explanatory approach (Creswell and Clark 2017).

Our aim to describe the perception of coercion from each participant's point of view and to construct a collective perspective led us towards a generic qualitative descriptive design with phenomenological overtones (Sandelowski 2000).

We have presented the study methods and results in line with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist for reporting qualitative studies (Tong, Sainsbury, and Craig 2007; Supporting Information S1) and with the Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) guidelines for quantitative data (Von Elm 2007; Supporting Information S1).

2.2 | Participants and Study Setting

2.2.1 | Participants

The study population was composed of users of the IMSPRU of Padre Jofré Hospital.

2.2.2 | Selection Criteria

Intentional or convenience sampling was employed, by which individuals who met the selection criteria were included consecutively. The following inclusion criteria were applied: admission in the IMSPRU for at least three months; understanding of the concept of the study; voluntary participation and signed informed consent; and competent communication in Spanish. No exclusion criteria were established.

2.2.3 | Setting

Pare Jofré Hospital, which opened in October 2005, offers outpatient care in the day hospital and inpatient care in the IMSPRU. The IMSPRU is comprised of two wards with a total of 50 beds. Each ward has a multidisciplinary team consisting of eight nurses, 10 care assistants, a psychologist, two psychiatrists, a social worker and two occupational therapists. It is a healthcare facility for adults who, following one or more acute psychiatric admissions, may benefit from a longer stay (4–6 months) during which a comprehensive and individualised rehabilitation program can be implemented, or for those who have treatment-resistant disorders beyond the scope of outpatient care. The main aim of this clinical strategy is that those admitted find their purpose in life and achieve it by recovering the highest possible degree of autonomy, integrating them in their social environment and increasing their personal satisfaction and quality of life (Dalton-Locke et al. 2021).

In recent years, care in IMSPRUs has moved away from coercive measures in general, but some formal coercive measures—involuntary admissions, compulsory treatment and, occasionally, forced medication continue to be used. Admissions should be voluntary; if not, the person's situation is constantly re-assessed so that the measure lasts as short a time as possible. The user's consent is obtained before any drug administration, restraint is very rarely used, and only in extreme security situations, and users are never secluded. This IMSPRU does not have an official open-door policy, but users can move freely around the facilities.

2.3 | Procedure

The first author, who had met the users beforehand, explained the study and its implications to those who were soon to be

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

discharged and met the inclusion criteria. Each user willing to take part in the study was provided with an information sheet and an informed consent form. Those who chose not to engage were not asked to provide reasons.

To facilitate users' participation, a suitable moment for the interview and completion of the questionnaire was agreed with each person. Upon accepting to take part in the study, the first author collected the user's sociodemographic and clinical data and cross-checked the clinical information provided by the individual with the medical records held at the IMSPRU. While each participant completed the coercion questionnaire, which was self-administered, MAC was present to answer any queries about the items. If any participant was unfamiliar with the concept of coercion before completing the questionnaire, they were provided with a definition.

For the qualitative component of the study, participants were recruited until data saturation was reached, which occurred after 20 interviews. A total of 26 users were invited to be interviewed and to complete the questionnaire, six of whom declined by refusing the required consent for audio recording. Recruitment for the quantitative component of the study was developed for 3years. After this period, the authors decided to work with a sample size of 75 participants in order to avoid the significant changes in how care is provided in a unit over time and depending on the unit's management.

To ensure identification and anonymisation, each participant was assigned a unique code consisting of the date of data collection and the sequential order of participation. The qualitative data collection took place between March and December 2020, and quantitative data were collected between March 2020 and May 2023. The restrictions due to the COVID-19 pandemic affected the functioning and regulations of the unit, and so no data were collected between mid-March and July 2020.

2.4 | Qualitative Data Collection

2.4.1 | Semistructured Interview

The interviews were conducted by a single interviewer, except for the four first interviews, which were conducted by VSM while MAC observed with the aim of assessing the adequacy of the script and homogenising data collection among the interviewers. Subsequently, MAC conducted the remaining interviews. All interviews were audio-recorded.

The semistructured interviews were designed by MAC and VSM based on insight gained during preparation of a systematic review on coercion (Aragonés-Calleja and Sánchez-Martínez 2024) and bearing in mind the set objectives. The questions were designed to be open-ended and notes were taken during the interviews if necessary. The interviewee could express their opinions, clarify their answers and even deviate from the initial question if the interviewer felt that the information in question warranted exploration. At no time was it necessary to add further questions to the initial script. Data saturation was determined when at least two consecutive interviews did not provide new information, which was the case for interviews 18 to 20. The interviews were carried out in two rooms with minimal external stimuli (little outside noise), with a comfortable temperature, without the presence of third parties and with an atmosphere that encouraged communication and fostered trust. The interviewer's attitude was assertive, but respectful and open in order to facilitate communication. The interviews lasted between 25 and 45 min, including the initial explanation of the aim of the interview, the interview itself and closure.

2.5 | Quantitative Data Collection

The following sociodemographic and clinical variables were collected for each participant: age (in years); gender; months admitted to the IMSPRU; previous admission to the IMSPRU (yes or no); nationality (open question); marital status (single, married or in a relationship, or divorced); form of cohabitation (with their family of origin, with their own family, living alone, homeless, sharing a flat, chronic care unit and sheltered housing); employment status (unemployed, temporary incapacity for work, permanent incapacity for work, working and studying); educational level (studies completed: none, compulsory education, intermediate education and higher education); main psychiatric diagnosis (schizophrenia, schizoaffective disorder, dual pathology, bipolar disorder, depression and other); time of diagnosis (years since psychiatric diagnosis); and previous admissions to acute psychiatric care (number of admissions).

The perception of coercion was measured using the Coercion Experience Scale (CES-18).

2.6 | Instrument

2.6.1 | Coercion Experience Scale, in Its Short Version in Spanish (CES-18)

The original version of this scale consists of 32 items and was designed by Bergk, Flammer, and Steinert (2010) to assess the perception of coercion after mechanical restraint and seclusion. The scale was adapted linguistically and conceptually to the Spanish language by Gómez-Durán et al. (2016). Aguilera-Serrano et al. (2019) later validated a short version in Spanish of the original scale; it consists of 18 items and is referred to as CES-18 and has adequate internal consistency (Cronbach $\alpha = 0.940$) and a two-factor structure (Coercion and Humiliation and Fear) explaining 64.2% of the total variance. The correlation between the original CES and CES-18 was adequate ($r = 0.968$). The scores suggested good divergent and convergent validity, thus confirming adequate psychometric properties to assess perceived coercion during psychiatric hospitalisation. The items of this scale are scored from 1 to 5, and the total score is obtained by adding the scores of all the items and can range from 18 to 90 points. Scores above 53 indicate a high level of coercion experienced.

Among the quantitative instruments available to measure the experience of coercion, the most appropriate option was the CES-18. Although seclusion is not applied in our IMSPRU and physical restraint is used very rarely, this scale allowed us to

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

assess the experience of coercion in the form of forced medication, compulsory treatment and involuntary admission.

2.7 | Researchers' Reflexivity

Two female researchers (MAC and VSM) designed the study and analysed the data described herein. The study was carried out in the IMSPRU where MAC worked as a mental health nurse, which meant all the participants had met her before being interviewed. They were informed that this study was part of her doctoral thesis and was focussed on treatment and coercion in mental health practice. As explained in the quantitative data collection subsection, four semistructured interviews were conducted by VSM (RN, MHN, PhD, lecturer at the University of Valencia) and MAC (RN, MHN, PhD Student), while the other 16 interviews were conducted by MAC. Both authors were trained qualitative researchers and had ample previous experience in the field.

The motivation behind this study was a concern that arose while observing, during years of practice, how people treated in mental health facilities oriented towards recovery were deprived of certain rights and freedom. The study was carried out in the IMSPRU with the end aim of laying the foundations of measures to help reduce or abolish coercive practices.

2.8 | Data Analysis

2.8.1 | Qualitative Data

Each interview was transcribed verbatim after completion. After the 20 interviews had been conducted, a qualitative analysis was performed by means of the inductive content analysis technique, which was suitable for this methodology (Graneheim and Lundman 2004; Graneheim, Lindgren, and Lundman 2017; Lindgren, Lundman, and Graneheim 2020; Im et al. 2023). This corroborated that no new codes related to the aims of the study were generated from interview 18 onwards.

The researchers carried out several independent readings of the transcriptions to gain an in-depth understanding of the content, thus serving as a pre-analysis of the texts. The analysis was carried out over several consecutive stages. Open coding was the first stage, in which the two researchers re-read the text independently and identified meaning units and codes describing the experience of coercion and loss of freedom among the participants. The codes were then grouped into categories, subthemes and themes through discussion and consensus. The content analysis allowed the data—including the descriptions of manifest content and interpretations of latent content—to be interpreted as part of the process of recontextualisation, thereby ensuring a comprehensive analysis and uncovering underlying meanings in the text (Elo and Kyngäs 2008; Moser and Korstjens 2018). Therefore, some subthemes were named as the concepts to which the codes grouped in that section referred, according to the researchers' conclusions and based on their knowledge of the topic. This content analysis was supported by the ATLAS.ti software, version 9.0 (Scientific Software Development GmbH).

The interviews were developed and analysed in Spanish. The most illustrative quotes reflecting each code were translated into English by an accredited native translator. The authors revised the translated version to verify that the expressions had not lost their original meanings.

2.8.2 | Quantitative Data

A database of all the quantitative data was created, and they were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 28.0. A descriptive analysis of the data was carried out. Normality tests were applied, and only age in years adapted to a normal distribution. The quantitative variables were expressed using the mean and standard deviation, or the median and interquartile range (IQR). The categorical sociodemographic and clinical data were explained using frequencies and percentages. The experience variables were expressed in medians and IQR, as they did not follow a normal distribution.

2.8.3 | Integration of Qualitative and Quantitative Data

The codes extracted from the qualitative analysis were cross-checked with the items included in the quantitative instrument to identify coincidences or inconsistencies.

The coercion scores and meaning units obtained in the interviews were contrasted to explore potential relationships between the two sources of information, and bearing in mind if the subject in question had suffered any formal coercive measure.

2.9 | Ethics

The study was conducted in accordance with the basic principles of the protection of human rights and dignity set out in the Declaration of Helsinki (World Medical Association 2013) and was approved by the Padre Jofré Hospital Medical Research Ethics Committee (CEIm Code 127/19). Participants were informed that their collaboration was completely voluntary and that all information would be treated confidentially. Prior to their collaboration, all participants were informed in writing and signed an informed consent document.

3 | Results

3.1 | Qualitative Results

Twenty users were interviewed, 13 of whom were male. The mean age of participants was 38.8 ± 10.95 years, in a range of 22 to 60 years. The mean number of months of admission at the time of data collection was 5 months, in a range of 3–12 months. 75% of those interviewed were single, 40% lived with their family of origin (parents or parents and siblings), and 40% lived alone. 50% of the interviewees were pensioners. In terms of educational level, the majority had completed secondary education. 50% of the users had been diagnosed with schizophrenia. 33% of the participants had been receiving psychiatric treatment and follow-up

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 | Interviewees' Coercion Experience Scale scores.

Interviewee identification number	CES-18 score
P01	24
P02	22
P03	31
P04	18
P05	18
P06	72
P07	18
P08	18
P09	56
P10	18
P11	18
P12	18
P13	74
P14	76
P15	18
P16	18
P17	18
P18	39
P19	18
P20	18

for more than 15 years, and six participants had been admitted to hospital for acute care admission on more than five occasions. Of the 20 participants who were interviewed, 16 had a low experience of coercion. The CES scores of the users who participated in the qualitative component of the study are presented in Table 1.

The content analysis yielded 49 codes, eight subthemes and two themes. The product of the inductive content analysis is offered as a code tree in Supporting Information S1. Tables 2 and 3 describe the two main themes: experience of treatment and care received in the IMSPRU and experience of coercion in the IMSPRU. To illustrate each of the subthemes and categories in a narrative way, selected participants' quotes are presented as representing different codes; in this way, we have sought to facilitate the reading and understanding of the data. The code it represents is cited before each textual quote.

3.1.1 | Theme 1. Experience of Treatment and Care Received in the IMSPRU

The participants underlined the importance of the treatment received from the unit's staff in feeling well looked after or cared for and were very clear when identifying situations where good or inadequate treatment was provided, thus yielding the two subthemes and 21 codes.

The first subtheme grouped together definitions of what users considered good treatment and their perception of the treatment provided by the staff. The majority of users rated the treatment as good and positive and were satisfied with the attention provided by staff and the care received. Six individuals explicitly stated that they felt well-treated. For some users, being treated well was synonymous with good care or attention; for others, it

TABLE 2 | Theme 1, subthemes, categories and codes emerged from the qualitative analysis.

Theme	Subthemes	Categories	Codes
Experience of treatment and care received in the IMSPRU	Perceptions of good treatment		Feeling of being well-treated Good treatment is good care or attention Good treatment is a good therapeutic relationship Good treatment is respectful and without prejudice Good treatment is to be the users' 'buddies' Individualised treatment is necessary Treatment considers the projection of the person's future
	Feeling treated unfairly or badly	Poor professional communication	Inadequate communication A poor response or intervention can lead to a crisis
		Unfair treatment by professionals	Unfair treatment Infantilising treatment Abuse of power Dehumanisation of the user Bad treatment caused by burned-out staff Professional apathy The treatment given by some professionals could be improved The staff gets on our nerves Professionals take out their frustrations with users Staff need to control their bad reactions You are obliged to repeat a task in front of the staff The user's pace in their daily routine is not respected

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 3 | Theme 2, subthemes, categories and codes emerged from the qualitative analysis.

Theme	Subthemes	Categories	Codes
Experience of coercion in the IMSPRU	Perceived freedom		A feeling of having enough freedom in the unit The hospital resembles a hotel In the unit, you can do whatever you want, as long as you show respect The freedom enjoyed is compared with respect to other units
	Feeling of being coerced		Feeling of loss of freedom Feeling of being trapped Feeling of being very controlled Feeling of being forced to do something Feeling of not being listened to Feeling of not being able to express your opinion Feeling of not being able to make decisions Feeling like a delinquent after having belongings taken away The hospital resembles a prison Longing for more independence
	Descriptions of negative pressures through treatment		Manipulation or persuasion Blackmail Restriction of access to belongings Loss of autonomy in managing own affairs
	Formal coercion		First-person coercion (involuntary admission or forced medication) Coercion witnessed applied on another partner There is hardly any formal coercion in the unit
	Justifications for coercion		Coercion is for the good of the user Coercion is for safety Coercion helps when you don't know how to handle the situation any other way Coercion should be last resort
	Perception of the unit's standards	Coexistence in the unit requires rules	Coexistence in the unit requires rules
		Rules perceived as negative	The rules are too rigid or inflexible Some rules are difficult to understand

was related to having a good therapeutic relationship or being treated with respect and without prejudice. In one specific case, the individual explained that professionals needed to become buddies with the users in order to establish an adequate relationship and for users to feel well-treated. Lastly, a minority pointed out the need for more individualised treatment that focussed on a projection of the future if optimal care were to be achieved.

> At no point have I felt judged. I'd say I felt understood; things were put down to my illness, and I felt I was treated as a person.
>
> P03 (Good treatment is respectful and without prejudice)

> If there is to be good care, there has to be good treatment. One-to-one treatment, and a different treatment for each person... if you treat us all the same, you'll fail... The staff have to be friendly, courteous... here you have to be buddies with the users, not enemies, to be able to give them a push and say, 'look, that's the path you need to take'.
>
> P10 (Good treatment is good care or attention; individualised treatment is necessary; good treatment is to be the user's "buddy")

> I feel they treat me well... For me, looking after me well means specialised attention and more emphasis on the projection of each person's future.
>
> P09 (Feeling of being well treated; Individualised treatment is necessary; Treatment considers the projection of the person's future)

In contrast to the good treatment received, participants also described instances of feeling treated unfairly or badly, either verbally or through certain behaviours or attitudes. These perceptions were grouped as a second subtheme.

The participants mentioned some forms of inadequate communication, such as being snapped at, raised voices or inappropriate

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

replies from staff, which caused discomfort and could even trigger a crisis:

> ...telling a user, 'go and take a shower, you smell', those words make people feel terrible.
>
> P18 (Inadequate communication)

> There are some professionals who provoke crises in patients.
>
> P10 (A poor response or intervention can lead to a crisis)

> ...also, some professionals treat (users) very aggressively... verbally...
>
> P13 (Inadequate communication)

Regarding behaviours and attitudes, users described easily identifiable examples of unfair treatment, infantilising treatment, instances of abuse of power and/or dehumanisation of the individual through inappropriate behaviours or actions. In contrast, one user explained how sometimes it is the user who starts the conflict and understandably triggers a negative response from the staff.

> ...there are many cases in which the staff are wrong, but you have to let it go because you're just another (service) user.
>
> P18 (Unfair treatment; abuse of power)

> ...currently, the procedure is to deal with patients in batches... all 24 or 30 at once...
>
> P19 (Dehumanization of the individual)

Users also described more subtle perceptions, such as feeling that the pace at which they could perform certain tasks was not taken into account, or feeling pressured and having to repeat certain activities because staff didn't believe they had done them.

> ...they don't respect the fact that the person might already be tidying up and doing their things and they keep rushing them... they try to make them hurry, which stresses them out.
>
> P05 (The user's pace in their daily routine is not respected)

> ...there were two days when they made me shower twice, just because they didn't believe me; I mean, am I supposed to spend the whole day in the shower?
>
> P18 (You are forced to repeat a task in front of the staff)

In the eyes of some users, this treatment was a consequence of the staff feeling burnt out by their job and taking out their frustration on those admitted to the unit, as well as professional apathy (lack of motivation and interest in their work). This led to the conclusion that the staff should know how to control their own reactions and that the care provided could be better in this respect.

> ...I value the willingness of some professionals to cure people... there are professionals who don't really want to work in this speciality and others who come to work with an enthusiastic attitude. Vocation is very important. There are people who come to work just to get paid and be able to go out on weekends, and if they have to work a weekend, they turn up in a bad mood...
>
> P09 (Professionals take out their frustrations with users; professional neglect)

> ...I understand that some professionals can lose their temper, but they have to understand that they are in charge of the unit and should always show respect, even if they don't feel it. You shouldn't react to other people's situations, a little self-control is needed.
>
> P15 (Staff need to control their bad reactions)

3.1.2 | Theme 2. Experience of Coercion in the IMSPRU

Experience of coercion in the IMSPRU was the most extensively touched on theme and was comprised of six subthemes and 28 codes.

Positive sensations and perceptions related to a sensation of freedom were grouped in the first subtheme. Approximately half of the participants said they felt quite free to express themselves, give their opinions, or ask questions, and said they enjoyed freedom of movement within the hospital, unlike that experienced in other acute psychiatric care units. Four participants likened the hospital to a hotel, and one explained that, within the IMSPRU, users could do as they wanted, as long as they respected their fellow users and staff.

> Other units are normally very strict, but not this one. This one feels like a five-star hotel.
>
> P04 (The freedom enjoyed is compared with respect to other units; the hospital resembles a hotel)

> We can do whatever we want in the unit, as long as we show respect.
>
> P17 (You can do whatever you want in the unit, as long as you show respect)

The second subtheme was the feeling of being coerced. Negative perceptions included feeling trapped, very controlled, forced to do something, not being listened to, not being able to express their opinions, the feeling of not being able to make their own decisions and/or feeling like a delinquent after having their belongings taken away. This subtheme grouped comparisons of the IMSPRU with a prison and users' requests for more independence.

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

> ... yes, I would like to have free choice, to have the freedom to say 'I'm not taking this medication because it doesn't agree with me'.
>
> P05 (Feeling of loss of freedom; feeling of not being able to make decisions)

> In reality, this is a prison disguised as something different, but it's a prison all the same, where you have to stay for four months whether you like it or not, with prison guards... the guards are the nurses and the auxiliary staff (laughs).
>
> P19 (The hospital resembles a prison)

Another of the subthemes gathered descriptions of negative pressures through treatment, such as manipulation or persuasion, blackmail, restriction of access to belongings or loss of autonomy when managing their affairs.

> The only thing they told me is that if I didn't take my medication, I wouldn't be able to go out on my own in the morning, or that they wouldn't give me the medication if I didn't eat breakfast. I didn't want to have breakfast and they kept insisting, and I kept saying I didn't want it, and they said 'I won't give you permission to go out' and I said that wasn't right. It upset me because they don't have the right to force me to eat if I'm not hungry.
>
> P07 (Blackmail)

> Sometimes I get the feeling that they manipulate information, because they give certain information to some and different information to others.
>
> P13 (Manipulation or persuasion)

Seven participants had a lived experience of formal coercion, such as involuntary admission and forced medication, and had witnessed coercive measures being employed on other users, which was grouped as a fourth subtheme. Some participants claimed there was hardly any coercion in the IMSPRU, and their references to the use of mechanical restraint tended to apply to previous admissions in other acute care units.

> I'm forced to be here. I was at home, and they took me away by force and these things are imposed on me, I don't feel right... In my case, I don't want to take the medication I'm on, so I feel coerced, that I'm not being respected as a person.
>
> P05 [First-person coercion (involuntary admission or forced medication)]

Although the interviewees generally disagreed with the use of coercive measures, some justified their use, and these justifications are reflected in the fifth subtheme; for example, some measures were coded as necessary for the good of the individual, for the sake of safety, or as an instrument when other methods were unavailable, as a last resort.

> That... seen from the outside... that person wasn't well, it had to be done, it had to be done. The nurses, if they didn't do it (administer forced medication), they couldn't, they couldn't... either they did it or something would happen.
>
> P17 (Coercion is for the good of the user; coercion is for safety)

Participants also gave their own evaluations or opinions concerning the rules in the unit, which were compiled as the sixth subtheme. In general, they understood the need for rules to ensure a certain harmony among the users, but they were sometimes perceived as negative for being too rigid or inflexible, or simply difficult to understand.

> ...you have to respect schedules because there are a lot of people here and it's perfectly understandable. There have to be timetables; you can't have people eating whenever they feel like it or waking up whenever they want.
>
> P03 (Coexistence in the unit requires rules)

> I agree with them... because if there were no rules, this would be anarchy, and rules are fundamental and you have to live with that.
>
> P20 (Coexistence in the unit requires rules)

> Sometimes the staff impose certain rules—for example, the nighttime snack is served at 10 pm—but there are people who get up at 11 pm and they don't give it to them. The rules shouldn't be so rigid.
>
> P05 (The rules are too rigid or inflexible)

> Sometimes, even though it's necessary, they won't open your locker, and to me, that... (pauses) ... if something is important, it should take precedence over the rules at a given moment.
>
> P01 (Some rules are difficult to understand)

3.2 | Quantitative Results

The quantitative component of the study involved 75 participants, of which 57.3% were male. Mean age was 39 ± 11.9, in a range of 19–62 years. 73.3% had been admitted to the unit for the first time, and the median length of stay was 4 months, in a range of 3 to 16 months. 82.6% were single, and 60% lived with their family of origin (parents or parents and siblings). 60% of the participants had been declared permanently incapacitated for work, and 52% had completed compulsory education. 45.5% of the participants had been diagnosed with schizophrenia, and 49.3% had been diagnosed with a disorder for over 15 years. Twenty-one of

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

the participants had been admitted to acute hospitalisation units more than six times. The sociodemographic and clinical characteristics of the participants are shown in Table 4.

The scores obtained when measuring coercion using the CES-18 showed that most responses were clustered at a low level of perceived coercion, though 10 participants reflected the perception of a high level of coercion, with scores over 53 points. The median score was 18, with an IQR of 18–31, in a range of 18–84.

3.3 | Relationship Between Qualitative and Quantitative Data

Some of the items measured by the quantitative instrument also emerged as codes in the semistructured interviews. The items of the CES-18 coercion scale appeared in the theme 'experience of coercion', specifically in the subthemes 'feeling of being coerced', 'descriptions of negative pressures through treatment' and 'formal coercion'. Some of the codes representing these concordances were 'feeling of being forced to do something', 'feeling of not being listened to', 'feeling of not being able to express your opinion', 'feeling of not being able to make decisions', 'feeling like a criminal after having belongings taken away', 'manipulation or persuasion', 'blackmail', 'restriction of access to belongings', 'loss of autonomy in managing own affairs' or 'first-person coercion'.

The quantitative component of the study revealed a general experience of a low level of coercion among the participants. However, a few users obtained scores indicating experience of a high level of coercion, specifically P06, P09, P13 and P14, of whom all but P09 had been subject to measures of formal coercion during their stay in the IMSPRU (involuntary admission or compulsory treatment).

Although participant P09 obtained a high coercion score, during the interview he recognised feeling well-treated despite explaining how the individual's opinion was not taken into consideration when planning their future. Similarly, both Participant P05 and Participant 19 displayed a low perception of coercion. However, during the interview, P05 expressed discontent with the application of formal coercion measures during their stay in the IMSPRU; specifically, involuntary admission and compulsory treatment. Some of this participant's comments were contradictory, as they also stated not feeling obliged to do things. The same occurred with P02, who at times during the interview described feeling very controlled, while at others said they felt free. On the other hand, Participant P19 manifested a perception of informal coercion, saying the IMSPRU was 'like a prison' and complaining that treatment was dished out 'in batches', implying that the treatment received was dehumanising.

4 | Discussion

This study explores the lived experience of coercion and perception of treatment among users in an IMSPRU in Spain. Data were obtained through a mixed methodology. The data obtained through quantitative methods enriched the information provided by the unit users through interviews, and vice versa.

Over half of the participants were unfamiliar with the term 'coercion' when initially questioned about it, but all admitted having witnessed or experienced coercive or 'unfair situations' in the IMSPRU, in which they had felt a loss of freedom and a violation of their rights.

Exploring how the IMSPRU users felt they were treated was an objective for this work since feeling well or badly treated influences the perception of coercion. Informal and perceived coercion are mainly applied through therapeutic relations and interpersonal treatment. In this sense, considering that perceived coercion is the users' feeling or perception of being coerced, the feelings of being treated disrespectfully (Sampogna et al. 2019) or that their opinions are not taken into account (Ivar Iversen et al. 2002) implies that interpersonal treatment can reflect informal coercion.

The information provided by users in the qualitative interviews addressed experiences of both good and inadequate or unfair treatment. The qualitative descriptions of good treatment provided by the users showed how each individual had a different view of what it meant to be well-treated. During the interviews, participants stressed the importance of communication and the way in which staff in the unit communicated with them, as well as the need to feel heard and respected. Some users said they felt they were in a prison, restricted and bound by rules, and stripped of their rights and dignity. These responses are in line with the findings of previous studies (Tingleff et al. 2017; Mellow, Tickle, and Rennoldson 2017; Akther et al. 2019; Askew, Fisher, and Beazley 2019; Plunkett and Kelly 2021). They also echo previous findings of a perception of dehumanisation due to a lack of human interaction and isolation experienced in units (Newton-Howes and Mullen 2011). Our results also align with those of Staniszewska et al. (2019), who concluded that the experiences of users are influenced by the quality of therapeutic relationships, experiences of coercion, the existence of a safe environment and the provision of individual-centred care.

The loss of autonomy and freedom is central to coercion, which is why we set out to address the perception of freedom—and whether it existed or not—among individuals admitted to an IMSPRU. The users' accounts were sometimes contradictory; for example, the same individual might state on the one hand that they enjoyed a lot of freedom, while on the other describing how they felt confined and forced to take medication or carry out certain activities. Some individuals with previous admissions to acute psychiatric care units explained how it made it easier to see the positive aspects and freedom allowed in the IMSPRU. Conversely, those who had never been admitted before to any other psychiatric inpatient unit tended to be more critical and to have a stronger perception of a loss of freedom. In this way, some participants equated the hospital with a hotel, while others likened it to a prison. Those who had been admitted to acute psychiatric units on multiple occasions, might had normalised the experience of coercion or considered it the only way to act, in line with the view of some professionals, as described by Chieze et al. (2021).

The quantitative component of the study revealed an overall experience of low levels of coercion in the IMSPRU, with a median

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 4 | Sociodemographic and clinical characteristics of the participants.

Age (years) mean (SD)	39.0
Average months admitted to the IMSPRU	4,76
N = 75	*N* (%)
Gender	
Men	43 (57.3)
Women	32 (42.7)
Previous admission to the IMSPRU	
Yes	20 (26.7)
No	55 (73.3)
Nationality	
Spanish	73 (97.4)
Argentine/German	1 (1.3)
Ecuadorian	1 (1.3)
Marital status	
Single	62 (82.6)
Married or in a relationship	4 (5.3)
Divorced	7 (9.3)
Not specified	2 (2.7)
Form of cohabitation	
With their family of origin	45 (60.0)
With their own family	3 (4.0)
Living alone	17 (22.7)
Homeless	4 (5.3)
Sharing a flat	2 (2.7)
Chronic care unit	2 (2.7)
Sheltered housing	1 (1.3)
Not specified	1 (1.3)
Employment status	
Unemployed	10 (13.3)
Temporary incapacity for work	5 (6.7)
Permanent incapacity for work	45 (60.0)
Not specified	13 (17.3)
Working or studying	2 (2.7)
Educational level	
None	2 (2.7)
Compulsory education	39 (52.0)
Intermediate education	27 (36.0)
Higher education	7 (9.3)
Main psychiatric diagnosis	
Schizophrenia	34 (45.3)
Schizoaffective disorder	20 (26.7)
Dual pathology	5 (6.7)
Bipolar disorder	9 (12.0)
Depression	2 (2.7)
Other	5 (6.7)
Time from diagnosis in years	
0–2	5 (6.7)
3–5	6 (8.0)
6–8	9 (12.0)
9–11	13 (17.3)
12–15	5 (6.7)
>15	37 (49.3)
Previous admissions to acute psychiatric care	
0	8 (10.7)
1	12 (16.0)
2	5 (6.7)
3	10 (13.3)
4	10 (13.3)
5	6 (8.0)
6	3 (4.0)
>6	21 (28.0)

Note: SUD: substance use disorder; main psychiatric diagnosis: other (conversive disorder, personality disorder, conduct disorder or not specified).

score of 18. This finding is in contrast with another study in which Aguilera-Serrano et al. (2019) used this scale and reported a mean score of 52.8 among persons involuntarily admitted to two acute care units in Spain. In acute care units, the predominant coercive measures are formal ones, as their purpose is to stabilise the psychopathological decompensation and treat acute symptoms that can sometimes pose a danger to the person and others. However, in the IMSPRU, the most common form of coercion was informal, probably because it is a unit oriented towards recovery, where episodes of hostility hardly ever occur and the main working tool is the therapeutic relationship.

Because the most common form of coercion in the unit was informal coercion, some participants were not generally conscious of having suffered it. Others could identify negative pressure during communication with staff, such as manipulation, blackmail or threats. Informal coercion includes rules, norms or routines whose aim is for users to behave in a socially acceptable manner (Pelto-Piri et al. 2019; Potthoff et al. 2022). For some time now, there has been a debate about whether mandatory hygiene measures or certain types of social activities can be perceived by users as coercion (Eriksson and Westrin 1995). In our

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

case, the majority viewed the norms and rules as necessary for a harmonious living environment, though they generally felt that some norms were too rigid, arbitrary or unjustified, such as restricted access to belongings, money and tobacco.

For the quantitative measurement of the perception of coercion, we employed the CES-18, which was validated in the cultural context in which the study was conducted. This scale specifically measures the perception of coercion following the use of mechanical restraint, seclusion or forced medication. We used CES-18 to measure formal coercion, to which the users made little reference during the interviews. It allowed us to determine that the level of formal coercion was low, as one would expect in a such a rehabilitation facility. However, it did not allow us to explore the users' experiences of informal and perceived coercion, something we were able to achieve in the qualitative component of the study. The majority of participants described experiences of low coercion, probably because these formal coercive measures were not usually applied in the unit. Though infrequent, the most common forms of formal coercion were involuntary admission and compulsory treatment. Using the scale, we were able to assess the participants' perception of coercion in relation to these two coercive measures. As expected, individuals who had been/were being subjected to some form of formal coercion (involuntary admission or compulsory treatment) scored higher on the coercion scale, in line with that reported in other studies (Guzmán-Parra et al. 2019; Hirsch et al. 2021). Some of these individuals referred to coercion in the interviews, reflecting the perception of both coercion and unfair treatment in their responses to the quantitative instrument.

5 | Strengths and Limitations

Among the strengths of this work, we would like to highlight the mixed methods research approach used to explore the experience of treatment and coercion among service users, which has allowed for a deeper understanding of the research problem.

The study has some limitations. The main limitation lies in the scale used; the absence of an instrument to measure perceived coercion or informal coercion that was validated in our cultural context limited our ability to measure this phenomenon quantitatively. The CES-18 scale was designed to measure the experience of different formal coercive measures and its structure allows it to be applied to any other form of formal coercion, but it has only been validated for the assessment of mechanical restraint, seclusion and forced medication. The only formal coercive measures experienced by some of the participants were involuntary admission and compulsory treatment, but the psychometric properties of CES-18 for measuring these parameters are still unknown, so our findings should be considered cautiously.

6 | Conclusion

The definition of good treatment among users in the IMSPRU varied widely, but they all emphasised its importance in improving their experience in the unit and thus their perception of coercion. There was a view among users of negative pressure or informal coercion that negatively influenced their opinion of treatment in the unit. At the same time, coercion scores quantitatively measured were low, reflecting a divergence away from formal coercive measures in this recovery-oriented unit.

6.1 | Implications for Practice

In the interviews, the participants provided a description of what appropriate treatment meant to them; some viewed it as a fundamental pillar of their care, for others, it was synonymous with a good therapeutic relationship. Mental health nurses must strive to ensure that they provide treatment in line with these perspectives if productive therapeutic relationships are to be constructed.

Some rules were valued by the participants as necessary in certain mental healthcare facilities; for example, sticking to the schedules of psychoeducation workshops or the prohibition of smoking in certain areas of the unit. However, users positively valued knowing the reasoning behind the rules, which implies that rules need to be explained. In the same way, there was a widespread perception that rules should be flexible or adapted to the individual in specific cases.

The users also valued it positively when their expectations and preferences were taken into account when planning their rehabilitation process in the unit. In the same way, in situations where they perceived this was not the case, they reported a sense of unfair treatment or coercion. This underlines the need to place the individual at the centre of their rehabilitation process and for them to be a facilitator of this process.

Unfair or inadequate treatment is unacceptable in any healthcare setting, and those being cared for in our IMPRU were able to detect it. Mental health nurses and other professionals have a duty to protect the autonomy and dignity of users in order to support their recovery process. It is necessary to inform users of their rights and the cases in which they might be infringed, and mental health care professionals need to be capable of expressing concern and empathy towards those being cared for and to improve communication skills.

As expected in a recovery-oriented rehabilitation unit, the quantitative measures of coercion were low. This suggests that the work done in the IMSPRU to move away from coercive measures is appropriate, at least in terms of formal coercive measures.

Being aware of users' experience of the treatment received from nursing staff and of their perception of coercive situations is likely to help professionals working in inpatient medium-stay psychiatric rehabilitation units to lay the foundations of a working culture oriented towards noncoercion. This culture should embrace permanent reflection and debate on the ethical behaviour of professionals towards each user.

6.2 | Future Research

This study highlights the need to create or validate instruments that allow informal and perceived coercion to be evaluated. It

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

also provides the basis for the development of new instruments to measure different forms of informal and perceived coercion.

It is pertinent to determine the psychometric qualities of CES-18 for measuring perceived coercion following the use of formal coercion measures, such as compulsory treatment orders or involuntary admission.

6.3 | Relevance Statement

This paper addresses the users' experience of coercion in an inpatient medium-stay psychiatric rehabilitation unit. The participants described a low perception of formal coercion and made a distinction between good treatment and mistreatment or unfair treatment. Their experience of coercion included the feeling of freedom or lack thereof in the unit, forms of formal and informal coercion, and the positive or negative impact of rules on the unit. Understanding the experience of treatment and their perception of coercive situations could help to orientate care towards good treatment and noncoercive practices.

Author Contributions

All authors listed meet the authorship criteria according to the latest guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, and all are in agreement with the manuscript. Miriam Aragonés-Calleja and Vanessa Sánchez-Martínez: conception and design of the work, acquisition and interpretation of data for the work; analysis and interpretation of the data; drafting and critical revision for important intellectual content; final approval of the version to be published and agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Acknowledgements

The authors thank the service users at the Inpatient Medium-Stay Psychiatric Rehabilitation Unit at the Hospital Padre Jofré for their honest and disinterested participation.

Disclosure

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

References

Aguilera-Serrano, C., J. Guzman-Parra, J. A. Garcia-Sanchez, B. Moreno-Küstner, and F. Mayoral-Cleries. 2018. "Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review." *Canadian Journal of Psychiatry* 63, no. 2: 129–144.

Aguilera-Serrano, C., J. Guzmán-Parra, J. Miranda-Paez, et al. 2019. "Validation of a Short Version of the Coercion Experience Scale (CES-18): Psychometric Characteristics in a Spanish Sample." *Psychiatry Research* 272: 284–289. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.126.

Aguilera-Serrano, C., C. Heredia-Pareja, J. Guzmán-Parra, J. A. García-Sánchez, and F. Mayoral-Cleries. 2017. "Medidas Coercitivas en Salud Mental. Grupo Focal Con Profesionales del Ámbito Comunitario." *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* 1: 1–4.

Akther, S. F., E. Molyneaux, R. Stuart, S. Johnson, A. Simpson, and S. Oram. 2019. "Patients' Experiences of Assessment and Detention Under Mental Health Legislation: Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis." *BJPsych Open* 5, no. 3: e37. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19.

Aragonés-Calleja, M., and V. Sánchez-Martínez. 2024. "Evidence Synthesis on Coercion in Mental Health: An Umbrella Review." *International Journal of Mental Health Nursing* 33, no. 2: 259–280. https://doi.org/10.1111/inm.13248.

Askew, L., P. Fisher, and P. Beazley. 2019. "What Are Adult Psychiatric Inpatients' Experience of Seclusion: A Systematic Review of Qualitative Studies." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 26, no. 7–8: 274–285. https://doi.org/10.1111/jpm.12537.

Bergk, J., E. Flammer, and T. Steinert. 2010. "'Coercion Experience Scale' (CES)—Validation of a Questionnaire on Coercive Measures." *BMC Psychiatry* 10: 5. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-5.

Chieze, M., C. Clavien, S. Kaiser, and S. Hurst. 2021. "Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments." *Frontiers in Psychiatry* 12: 790886. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.790886.

Claassen, D., and S. Priebe. 2006. "Ethical Aspects of Assertive Outreach." *Psychiatry* 6: 45–48.

Creswell, J. W., and V. L. P. Clark. 2017. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dalton-Locke, C., L. Marston, P. McPherson, and H. Killaspy. 2021. "The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis." *Frontiers in Psychiatry* 11: 607933. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607933.

Elmera, T., F. Rabenschlaga, D. Schorib, et al. 2018. "Informal Coercion as a Neglected Form of Communication in Psychiatric Settings in Germany and Switzerland." *Psychiatry Research* 262: 400–406. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014.

Elo, S., and H. Kyngäs. 2008. "The Qualitative Content Analysis Process." *Journal of Advanced Nursing* 62, no. 1: 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Eriksson, K. I., and C. G. Westrin. 1995. "Coercive Measures in Psychiatric Care. Reports and Reactions of Patients and Other People Involved." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92, no. 3: 225–230. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09573.x.

European Union. 2006. "*Convention on the Rights of Persons with* Disabilities (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)." www.refworld.org.es/docid/5d7fbf13a.html.

Fletcher, J., M. Spittal, L. Brophy, et al. 2017. "Outcomes of the Victorian Safewards Trial in 13 Wards: Impact on Seclusion Rates and Fidelity Measurement." *International Journal of Mental Health Nursing* 26, no. 5: 461–471. https://doi.org/10.1111/inm.12380.

Gómez-Durán, E., C. Martin-Fumadó, R. Santonja, et al. 2016. "Adaptación Lingüística y Conceptual al Español de la Escala de Experiencia de Coerción." *Revista Española de Medicina Legal* 42, no. 1: 24–29.

Gooding, P., B. McSherry, C. Roper, and F. Grey. 2018. *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne, Australia: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Graneheim, U. H., B. M. Lindgren, and B. Lundman. 2017. "Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Discussion Paper." *Nurse Education Today* 56: 29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002.

Graneheim, U. H., and B. Lundman. 2004. "Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness." *Nurse Education Today* 24, no. 2: 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Guzmán-Parra, J., C. Aguilera-Serrano, J. A. García-Sanchez, et al. 2019. "Experience Coercion, Post-Traumatic Stress, and Satisfaction With Treatment Associated With Different Coercive Measures During Psychiatric Hospitalization." *International Journal of Mental Health Nursing* 28, no. 2: 448–456. https://doi.org/10.1111/inm.12546.

Hem, M. H., E. Gjerberg, T. L. Husum, and R. Pedersen. 2018. "Ethical Challenges When Using Coercion in Mental Healthcare: A Systematic Literature Review." *Nursing Ethics* 25, no. 1: 92–110. https://doi.org/10.1177/0969733016629770.

Hirsch, S., N. Thilo, T. Steinert, and E. Flammer. 2021. "Patients' Perception of Coercion With Respect to Antipsychotic Treatment of Psychotic Disorders and Its Predictors." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 56, no. 8: 1381–1388. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02083-z.

Hotzy, F., and M. Jaeger. 2016. "Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment-A Systematic Review." *Frontiers in Psychiatry* 7: 197. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00197.

Hotzy, F., S. Motteli, A. Theodoridou, et al. 2018. "Clinical Course and Prevalence of Coercive Measures: An Observational Study Among Involuntarily Hospitalised Psychiatric Patients." *Swiss Medical Weekly* 148: w14616. https://doi.org/10.4414/smw.2018.14616.

Im, D., J. Pyo, H. Lee, H. Jung, and M. Ock. 2023. "Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis." *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 56, no. 2: 100–110. https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471.

Ivar Iversen, K., G. Høyer, H. Sexton, and O. K. Grønli. 2002. "Perceived Coercion Among Patients Admitted to Acute Wards in Norway." *Nordic Journal of Psychiatry* 56, no. 6: 433–439. https://doi.org/10.1080/08039480260389352.

Kersting, X., S. Hirsch, and T. Steinert. 2019. "Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review." *Frontiers in Psychiatry* 10: 400. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400.

Krieger, E., S. Moritz, R. Weil, and M. Nagel. 2018. "Patients' Attitudes Towards and Acceptance of Coercion in Psychiatry." *Psychiatry Research* 260: 478–485. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029.

Lan, S. H., L. C. Lu, S. L. Lan, et al. 2017. "Educational Intervention on Physical Restraint Use in Long-Term Care Facilities: Systematic Review and Meta-Analysis." *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 33, no. 8: 411–421. https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012.

Liégeois, A. 2023. "Ethics of Assertive Care in Mental Health: A Gradual Concept." *Frontiers in Psychiatry* 14: 1083176. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083176.

Liégeois, A., E. Berghmans, and M. Destoop. 2021. "Ethiek Van de Bemoeizorg: Een Casusbespreking [Ethics of Assertive Outreach: A Case Study]." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 63, no. 10: 755–759.

Lindgren, B. M., B. Lundman, and U. H. Graneheim. 2020. "Abstraction and Interpretation During the Qualitative Content Analysis Process." *International Journal of Nursing Studies* 108: 103632. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632.

Marinetti, C. 2019. *Why Europe Needs to End Coerción in Mental Health*, 124–125. Cheshire, UK: Mental Health Europe. https://edition.pagesuite-professional.co.uk/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&edid=0d5ad7a6-fb33-40ea-b275-9a1234b94ddb&pnum=124.

Mellow, A., A. Tickle, and M. Rennoldson. 2017. "Qualitative Systematic Literature Review: The Experience of Being in Seclusion for Adults With Mental Health Difficulties." *Mental Health Review Journal* 22, no. 1: 1–15.

Moser, A., and I. Korstjens. 2018. "Series: Practical Guidance to Qualitative Research. Part 3: Sampling, Data Collection and Analysis." *European Journal of General Practice* 24, no. 1: 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091.

Newton-Howes, G., and R. Mullen. 2011. "Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes." *Psychiatric Services* 62, no. 5: 465–470. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.

Norvoll, R., and R. Pedersen. 2016. "Exploring the Views of People With Mental Health Problems' on the Concept of Coercion: Towards a Broader Socio-Ethical Perspective." *Social Science & Medicine* 156: 204–211. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033.

Pelto-Piri, V., L. Kjellin, U. Hylén, E. Valenti, and S. Priebe. 2019. "Different Forms of Informal Coercion in Psychiatry: A Qualitative Study." *BMC Research Notes* 12, no. 1: 787. https://doi.org/10.1186/s13104-019-4823-x.

Plunkett, R., and B. D. Kelly. 2021. "Dignity: The Elephant in the Room in Psychiatric Inpatient Care? A Systematic Review and Thematic Synthesis." *International Journal of Law and Psychiatry* 75: 101672. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101672.

Potthoff, S., J. Gather, C. Hempeler, A. Gieselmann, and M. Scholten. 2022. ""Voluntary in Quotation Marks": A Conceptual Model of Psychological Pressure in Mental Healthcare Based on a Grounded Theory Analysis of Interviews With Service Users." *BMC Psychiatry* 22, no. 1: 186. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03810-9.

Sampogna, G., M. Luciano, V. Del Vecchio, et al. 2019. "Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study." *Frontiers in Psychiatry* 10: 316. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00316.

Sandelowski, M. 2000. "Whatever Happened to Qualitative Description?" *Research in Nursing & Health* 23, no. 4: 334–340. https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g.

Sashidharan, S. P., R. Mezzina, and D. Puras. 2019. "Reducing Coercion in Mental Healthcare." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28: 1–8.

Staniszewska, S., C. Mockford, G. Chadburn, et al. 2019. "Experiences of In-Patient Mental Health Services: Systematic Review." *British Journal of Psychiatry* 214, no. 6: 329–338. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22.

Szmukler, G., and S. Appelbaum. 2008. "Treatment Pressures, Leverage, Coercion, and Compulsion in Mental Health Care." *Journal of Mental Health* 17: 233–244.

Tingleff, E. B., S. K. Bradley, F. A. Gildberg, G. Munksgaard, and L. Hounsgaard. 2017. "'Treat Me With Respect'. A Systematic Review and Thematic Analysis of Psychiatric patients' Reported Perceptions of the Situations Associated With the Process of Coercion." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 24: 681–698. https://doi.org/10.1111/jpm.12410.

Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig. 2007. "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups." *International Journal for Quality in Health Care* 19, no. 6: 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.

United Nations. 2016. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." https://www.refworld.org/docid/56c435714.html.

United Nations. 2017. "Special Rapporteur on the Right to Physical and Mental Health." https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrighthealthindex.aspx.

Valenti, E., and D. Giacco. 2022. "Persuasion or Coercion? An Empirical Ethics Analysis About the Use of Influence Strategies in Mental Health Community Care." *BMC Health Services Research* 22, no. 1: 1273. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08555-5.

Verbekea, E., S. Vanheule, J. Cauwe, F. Truijens, and B. Froyen. 2019. "Coercion and Power in Psychiatry: A Qualitative Study With

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Ex-Patients." *Social Science & Medicine* 223: 89–96. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031.

Von Elm, E., D. G. Altman, M. Egger, et al. 2007. "Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies." *BMJ* 335, no. 7624: 806–808. https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD.

Woodward, S., K. Berry, and S. Bucci. 2017. "A Systematic Review of Factors Associated With Service User Satisfaction With Psychiatric Inpatient Services." *Journal of Psychiatric Research* 92: 81–93. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020.

World Health Organization (WHO). 2017. "Strategies to End the Use of Seclusion, Restraint and Other Coercive Practices—WHO QualityRights Training to Act, Unite and Empower for Mental Health (Pilot Version)." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254809/WHO-MSD-MHP-17.9-eng.pdf;jsessionid=74EED16A66E5DAB421864296195EAD4B?sequence=1.

World Health Organization (WHO). 2019. *Strategies to End Seclusion and Restraint: WHO QualityRights Specialised Training*. Geneva, Switzerland: Course Guide. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf.

World Medical Association. 2013. "Declaration of Helsinki." Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Ye, J., A. Xiao, L. Yu, H. Wei, C. Wang, and T. Luo. 2017. "Physical Restraints: An Ethical Dilemma in Mental Health Services in China." *International Journal of Nursing Sciences* 5, no. 1: 68–71. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.001.

Zaami, S., R. Rinaldi, G. Bersani, and E. Marinelli. 2020. "Restraints and Seclusion in Psychiatry: Striking a Balance Between Protection and Coercion. Critical Overview of International Regulations and Rulings." *Rivista di Psichiatria* 55, no. 1: 16–23. https://doi.org/10.1708/3301.32714.

Supporting Information

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section.

RIGHTSLINK

13652850, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.13128 by Readcube (Labtiva Inc.), Wiley Online Library on [29/10/2024]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Anexo 5. Certificado del XVIII Premio de Investigación de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental en su convocatoria de 2020.

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

XVIII PREMIO DE INVESTIGACIÓN BECA AEESME

Dª. Miriam Aragonés Calleja
DNI: 04.627.016-Z

Han obtenido el

PREMIO

con la Investigación titulada:

Experiencia de coerción en hospitalización psiquiátrica

Madrid, 10 de octubre de 2020.

D. Francisco Megías Lizancos
Presidente

D. Carlos Aguilera Serrano
Secretario

Anexo 6. Certificado de la Ayuda de Tesis Doctoral UGP-21-017 de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) en su convocatoria de 2020.

GENERALITAT VALENCIANA

Fundació Fisabio

Dª. Mónica Pont Pérez, en nombre y representación de la Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (en adelante FISABIO), con C.I.F. nº G-98073760, en virtud de las atribuciones que tiene conferidas como Directora Gerente de la misma,

CERTIFICA

Que según consta en nuestros archivos la Dra. Miriam Aragonés Calleja, ha sido **Investigadora Principal** en el siguiente proyecto de investigación gestionado por Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO):

TÍTULO DEL PROYECTO: EXPERIENCIA DE COERCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
CÓDIGO: UGP-21-017
ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA (FISABIO)
DURACIÓN: 01/10/2021 – 30/09/2023
IMPORTE TOTAL DEL PROYECTO: 5.000€
GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE: Investigador Principal

Y para que surta los efectos oportunos, se firma en Valencia:

Firmat per Mónica Pont Pérez el 18/01/2024 12:16:37

GENERALITAT VALENCIANA

CSV:GMYB67EE:U9L51RZT:ET3VBV5U **URL de validació**:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=GMYB67EE:U9L51RZT:ET3VBV5U

Anexo 7. "Escala de Experiencia de Coerción" (CES) en su versión corta en español: CES-18.

Nº identificación:	Puntuación	1	2	3	4	5
¿Hasta qué punto experimentó debido a la intervención…		Nada	Un poco	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
1	…efectos adversos sobre su dignidad como persona?					
2	…coerción?					
3	…restricciones sobre su libertad para decidir cosas?					
¿Cómo experimentó los siguientes estresores?		Nada desagradable	Un poco desagradable	Desagradable	Muy desagradable	Extremadamente desagradable
4	La coerción aplicada fue…					
5	La restricción sobre su libertad de decidir cosas fue…					
¿Cómo de estresantes fueron las siguientes circunstancias para usted?		Nada	Un poco	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
6	Me dio miedo que me faltara el aire.					
7	Sufrí dolor.					
8	Me sentí despojado de mi dignidad.					
9	No pude dormir bien.					
10	Tuve que obedecer las órdenes de otros.					
11	Tuve miedo de que me pudieran matar.					
12	Otros tomaron decisiones sobre mí.					
13	No sabía qué esperar.					
14	No podía entender por qué era tratado de ese modo.					
15	Tuve miedo de poder morir.					
16	Me sentí tratado como un animal.					
17	Me dio miedo que la medida durara para siempre.					
18	Mis deseos no fueron tenidos en cuenta.					
Puntuación total (> 53 = alta coerción experimentada):						

Anexo 8. Estrategias de búsqueda para las diferentes fuentes de datos de la revisión *umbrella.*

Keywords	
Population	Mental, psychiatr*, psychos* psychot*
Intervention/Phenomena of interest	Coerc*, restraint, seclusion, force*, involuntary, duress, compulsion
Comparison	
Results	Experience*, perception, right*, ethic*, treatment, attitudes, therapeutic relationship, outcome*, decision making, decision-making
Study design	Systematic review, meta-analysis.
Context	

Search Strategy Applied in PubMed.

1	Coercion[MeSH Terms]
2	((mental[Title/Abstract]) OR (psychiatric*[Title/Abstract]) OR (psychos*[Title/Abstract]) OR (psychot*[Title/Abstract])
3	((coerc*[title/abstract]) OR (restraint[title/abstract]) OR (seclusion[title/abstract]) OR (force*[title/abstract]) OR (involuntary[title/abstract])
4	((experience*[Title/Abstract]) OR (perception [Title/Abstract]) OR (right*[Title/Abstract]) OR (ethic*[Title/Abstract]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (attitudes[Title/Abstract]) OR (therapeutic relationship[Title/Abstract]) OR (outcome*[Title/Abstract]) OR (decision making[Title/Abstract]) OR (decision-making[Title/Abstract])
5	((systematic review[title/abstract]) OR (meta-analysis[title/abstract])
1+2+3+4+5	(#1 OR #2) AND #3 AND #4 AND #5 (((((Coercion[MeSH Terms])) OR (((mental[Title/Abstract]) OR (psychiatric*[Title/Abstract]) OR (psychos*[Title/Abstract]) OR (psychot*[Title/Abstract])))) AND (((coerc*[title/abstract]) OR (restraint[title/abstract]) OR (seclusion[title/abstract]) OR (force*[title/abstract]) OR (involuntary[title/abstract])))) AND (((experience*[Title/Abstract]) OR (perception [Title/Abstract]) OR (right*[Title/Abstract]) OR (ethic*[Title/Abstract]) OR (treatment[Title/Abstract]) OR (attitudes[Title/Abstract]) OR (therapeutic relationship[Title/Abstract]) OR (outcome*[Title/Abstract]) OR (decision making[Title/Abstract]) OR (decision-making[Title/Abstract])))) AND (((systematic review[title/abstract]) OR (meta-analysis[title/abstract]))

Search Strategy Applied in Psycinfo

1	ab(mental) OR ab(psychiatric*) OR ab(psychos*) OR ab(psychot*)
2	ab(coerc*) OR ab(restraint) OR ab(seclusion) OR ab(force*) OR ab(involuntary)
3	ab(experience*) OR ab(perception) OR ab(right*) OR ab(ethic*) OR ab(treatment) OR ab(attitudes) OR ab(therapeutic relationship) OR ab(outcome*) OR ab(decision making) OR ab(decision-making)
4	ab(systematic review) OR ab(meta-analysis)
1+2+3+4	1 AND #2 AND #3 AND #4 (ab(mental) OR ab(psychiatric*) OR ab(psychos*) OR ab(psychot*)) AND (ab(coerc*) OR ab(restraint) OR ab(seclusion) OR ab(force*) OR ab(involuntary)) AND (ab(experience*) OR ab(perception) OR ab(right*) OR ab(ethic*) OR ab(treatment) OR ab(attitudes) OR ab(therapeutic relationship) OR ab(outcome*) OR ab(decision making) OR ab(decision-making)) AND (ab(systematic review) OR ab(meta-analysis))

Search Strategy Applied in EMBASE

1	'mental':ab,ti OR 'psychiatric*':ab,ti OR 'psychos*':ab,ti OR 'psychot*':ab,ti
2	'coerc*':ab,ti OR 'restraint':ab,ti OR 'seclusion':ab,ti OR 'force*':ab,ti OR 'involuntary':ab,ti
3	“experience*”:ab,ti OR “perception”:ab,ti OR “right*”:ab,ti OR “ethic*”:ab,ti OR “treatment”:ab,ti OR “attitudes”:ab,ti OR “therapeutic relationship”:ab,ti OR “outcome*”:ab,ti OR “decision making”:ab,ti OR “decision-making”:ab,ti
4	'systematic review':ab,ti OR 'meta-analysis':ab,ti
1+2+3+4	#1 AND #2 AND #3 AND #4 ('mental':ab,ti OR 'psychiatric*':ab,ti OR 'psychos*':ab,ti OR 'psychot*':ab,ti) AND ('coerc*':ab,ti OR 'restraint':ab,ti OR 'seclusion':ab,ti OR 'force*':ab,ti OR 'involuntary':ab,ti) AND ('experience*':ab,ti OR 'perception':ab,ti OR 'right*':ab,ti OR 'ethic*':ab,ti OR 'treatment':ab,ti OR 'attitudes':ab,ti OR 'therapeutic relationship':ab,ti OR 'outcome*':ab,ti OR 'decision making':ab,ti OR 'decision-making':ab,ti) AND ('systematic review':ab,ti OR 'meta-analysis':ab,ti)

Search Strategy Applied in Cinahl

1	AB mental OR AB psychiatric* OR AB psychos* OR AB psychot*
2	AB coerc* OR AB restraint OR AB seclusion OR AB force OR AB involuntary
3	AB experience* OR AB perception OR AB right* OR AB ethic* OR AB treatment OR AB attitudes OR AB therapeutic relationship OR AB outcome* OR AB decision making OR AB decision-making
4	AB systematic review OR AB meta-analysis
1+2+3+4	#1 AND #2 AND #3 AND #4

	AB (mental OR psychiatric* OR psychos* OR psychot*) AND AB (coerc* OR restraint OR seclusion OR force OR involuntary) AND AB (experience* OR perception OR right* OR ethic* OR treatment OR attitudes OR therapeutic relationship OR outcome* OR decision making OR decision-making) AND AB (systematic review OR meta-analysis)

Search Strategy Applied in Cochrane

1	(mental):ti,ab,kw OR (psychiatric*):ti,ab,kw OR (psychos*):ti,ab,kw OR (psychot*):ti,ab,kw// (mental OR psychiatric* OR psychos* OR psychot*):ti,ab,kw
2	(coerc*):ti,ab,kw OR (restraint):ti,ab,kw OR (seclusion):ti,ab,kw OR (force):ti,ab,kw OR (involuntary):ti,ab,kw// (coerc* OR restraint OR seclusion OR force OR involuntary):ti,ab,k
3	(experience*):ti,ab,kw OR (perception):ti,ab,kw OR (right*):ti,ab,kw OR (ethic*):ti,ab,kw OR (treatment):ti,ab,kw OR (attitudes):ti,ab,kw OR (therapeutic relationship):ti,ab,kw OR (outcome*):ti,ab,kw OR (decision making):ti,ab,kw OR (decision-making):ti,ab,kw // (experience* OR perception OR right* OR ethic* OR treatment OR attitudes OR therapeutic relationship OR outcome* OR decision making OR decision-making):ti,ab,kw
4	(systematic review):ti,ab,kw OR (meta-analysis):ti,ab,kw// (systematic review OR meta-analysis):ti,ab,kw
1+2+3+4	#1 AND #2 AND #3 AND #4 (mental OR psychiatric* OR psychos* OR psychot*):ti,ab,kw AND (coerc* OR restraint OR seclusion OR force OR involuntary):ti,ab,kw AND (experience* OR perception OR right* OR ethic* OR treatment OR attitudes OR therapeutic relationship OR outcome* OR decision making OR decision-making):ti,ab,kw AND (systematic review OR meta-analysis):ti,ab,kw

Search Strategy Applied in JBI COnNECT+

1	(mental OR psychiatric* OR psychos* OR psychot*):ti,ab,kw
2	(coerc* OR restraint OR seclusion OR force OR involuntary):ti,ab,k
3	(experience* OR perception OR right* OR ethic* OR treatment OR attitudes OR therapeutic relationship OR outcome* OR decision making OR decision-making):ti,ab,kw
4	(systematic review OR meta-analysis):ti,ab,kw
1+2+3+4	#1 AND #2 AND #3 AND #4 (mental OR psychiatric* OR psychos* OR psychot*):ti,ab,kw AND (coerc* OR restraint OR seclusion OR force OR involuntary):ti,ab,kw AND (experience* OR perception OR right* OR ethic* OR treatment OR attitudes OR therapeutic relationship OR outcome* OR decision making OR decision-making):ti,ab,kw AND (systematic review OR meta-analysis):ti,ab,kw

Anexo 9. Lista de estudios excluidos en la fase de elegibilidad de la revisión *umbrella.*

Artículos excluidos por no ser revisiones sistemáticas (N = 11)

- Busch, A. B., & Shore, M. F. (2000). Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harvard Review of Psychiatry*, *8*(5), 261–270.

- Choi, K. R., Omery, A. K., & Watkins, A. M. (2019). An Integrative Literature Review of Psychiatric Rapid Response Teams and Their Implementation for De-escalating Behavioral Crises in Nonpsychiatric Hospital Settings. *The Journal of Nursing Administration*, *49*(6), 297–302. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000756

- Escobar-Córdoba F, Hernández-Yasnó M, Pedreros-Velásquez J. Aislamiento en pacientes psiquiátricos [Seclusion of psychiatric patients.]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [internet]. 2009. Available in: https://www.researchgate.net/publication/240770139_Seclusion_of_psychiatric_patients_Aislamiento_en_pacientes_psiquiatricos

- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *191*, 298–303. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034538

- Gerolamo A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, *20*(4), 175–185. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.005

- Modini, M., Burton, A., & Abbott, M. J. (2021). Factors influencing inpatients perception of psychiatric hospitals: A meta-review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, *136*, 492–500. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.020

- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D. M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *3*(1), 8–18. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x

- Rossini, K., Senon, J., & Verdoux, H. L (2015). a place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(1), 209-220

- Scanlan J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *The International Journal of Social Psychiatry*, *56*(4), 412–423. https://doi.org/10.1177/0020764009106630

- Steinert, T., & Kallert, T. W. (2006). Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie [Involuntary medication in psychiatry]. *Psychiatrische Praxis*, *33*(4), 160–169. https://doi.org/10.1055/s-2005-867054

- Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. G., & Hirsch, S. (2019). Offene Türen in psychiatrischen Kliniken : Eine Übersicht über empirische Befunde [Open doors in psychiatric hospitals : An overview of empirical findings]. *Der Nervenarzt*, *90*(7), 680–689. https://doi.org/10.1007/s00115-019-0738-y

Artículos excluidos por no cumplir nuestro objetivo principal (N = 16)

- Hanlon, C., Tesfaye, M., Wondimagegn, D., & Shibre, T. (2010). Ethical and professional challenges in mental health care in low- and middle-income countries. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 22(3), 245–251. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.482557

- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics,* 25(1), 92–110. https://doi.org/10.1177/0969733016629770

- Jonsdottir, A., & Waghorn, G. Psychiatric disorders and labour force activity. (2025). *Mental Health Review Journal*, *20*(1), 13-27.

- Macgregor, A., Brown, M., & Stavert, J. (2019). Are mental health tribunals operating in accordance with international human rights standards? A systematic review of the international literature. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e494–e513. https://doi.org/10.1111/hsc.12749

- MacInnes, D., & Masino, S. (2019). Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review. *BMJ Open*, *9*(3), e024351. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024351

- Newton, A. S., Hartling, L., Soleimani, A., Kirkland, S., Dyson, M. P., & Cappelli, M. (2017). A systematic review of management strategies for children's mental health care in the emergency department: update on evidence and recommendations for clinical practice and research. *Emergency medicine journal: EMJ*, *34*(6), 376–384.

- Oluwatayo, O., & Gater, R. (2004). The role of engagement with services in compulsory admission of African/Caribbean patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(9), 739–743. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0794-9

- Rose, D. S., Wykes, T. H., Bindman, J. P., & Fleischmann, P. S. (2005). Information, consent and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *186*, 54–59. https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.54

- Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P., & Geoffrion, S. (2021). The Use of Restraint and Seclusion in Residential Treatment Care for Youth: A Systematic Review of Related Factors and Interventions. *Trauma, Violence & Abuse*, *22*(2), 318–338. https://doi.org/10.1177/1524838019843196

- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., & Välimäki, M. (2014). Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry*, *14*, 162. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-162

- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *214*(6), 329–338. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22

- Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *209*(1), 23–28. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158931

- Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *69*(8), 574–586. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835

- Taylor, T. L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W., Schuster, M., Cervilla, J. A., Brangier, P., Raboch, J., Kalisová, L., Onchev, G., Dimitrov, H., Mezzina, R., Wolf, K., Wiersma, D., Visser, E., Kiejna, A., Piotrowski, P., Ploumpidis, D., … King, M. B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, *9*, 55. https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-55

- Woodward, S., Berry, K., & Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research*, *92*, 81–93. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020

- Yang, Y., Li, W., Lok, K. I., Zhang, Q., Hong, L., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Voluntary admissions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, *48*, 101902. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101902

Anexo 10. Herramienta de evaluación crítica del *Instituto Joanna Briggs* empleada para evaluar la calidad de los estudios incluidos en la revisión *umbrella.*

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer _____ Date _____
Author _____ Year _____ Record Number

		Yes	No	Unclear	Not applicable
1.	Is the review question clearly and explicitly stated?	☐	☐	☐	☐
2.	Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☐	☐	☐	☐
3.	Was the search strategy appropriate?	☐	☐	☐	☐
4.	Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☐	☐	☐	☐
5.	Were the criteria for appraising studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
6.	Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☐	☐	☐	☐
7.	Were there methods to minimize errors in data extraction?	☐	☐	☐	☐
8.	Were the methods used to combine studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
9.	Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☐	☐
10.	Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☐	☐	☐	☐
11.	Were the specific directives for new research appropriate?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

_____

_____

_____

Anexo 11. Herramienta de evaluación de riesgo de sesgo (ROBIS) empleada para evaluar la calidad de los estudios incluidos en la revisión *umbrella.*

ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews.

Phase 1 (optional): Assessing relevance.

Intervention reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients/Population(s):		
Intervention(s):		
Comparator(s):		
Outcome(s):		

For aetiology reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients/Population(s):		
Exposure(s) and comparator(s):		
Outcome(s):		

For DTA reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients):		
Index test(s):		
Reference standard:		
Target condition:		

For prognostic reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients:		
Outcome to be predicted:		
Intended use of model:		
Intended moment in time:		

Does the question addressed by the review match the target question?	YES/NO/UNCLEAR

DOMAIN 1: STUDY ELIGIBILITY CRITERIA

Describe the study eligibility criteria, any restrictions on eligibility and whether there was evidence that objectives and eligibility criteria were pre-specified:

1.1 Did the review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria?	Y/PY/PN/N/NI
1.2 Were the eligibility criteria appropriate for the review question?	Y/PY/PN/N/NI
1.3 Were eligibility criteria unambiguous?	Y/PY/PN/N/NI
1.4 Were any restrictions in eligibility criteria based on study characteristics appropriate (e.g. date, sample size, study quality, outcomes measured)?	Y/PY/PN/N/NI
1.5 Were any restrictions in eligibility criteria based on sources of information appropriate (e.g. publication status or format, language, availability of data)?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding specification of study eligibility criteria	LOW/HIGH/UNCLEAR

Rationale for concern:

DOMAIN 2: IDENTIFICATION AND SELECTION OF STUDIES

Describe methods of study identification and selection (e.g. number of reviewers involved):

2.1 Did the search include an appropriate range of databases/electronic sources for published and unpublished reports?	Y/PY/PN/N/NI
2.2 Were methods additional to database searching used to identify relevant reports?	Y/PY/PN/N/NI
2.3 Were the terms and structure of the search strategy likely to retrieve as many eligible studies as possible?	Y/PY/PN/N/NI
2.4 Were restrictions based on date, publication format, or language appropriate?	Y/PY/PN/N/NI
2.5 Were efforts made to minimise error in selection of studies?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to identify and/or select studies	LOW/HIGH/UNCLEAR

Rationale for concern:

DOMAIN 3: DATA COLLECTION AND STUDY APPRAISAL

Describe methods of data collection, what data were extracted from studies or collected through other means, how risk of bias was assessed (e.g. number of reviewers involved) and the tool used to assess riskof bias:

3.1 Were efforts made to minimise error in data collection?	Y/PY/PN/N/NI
3.2 Were sufficient study characteristics available for both review authors and readers to be able to interpret the results?	Y/PY/PN/N/NI
3.3 Were all relevant study results collected for use in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
3.4 Was risk of bias (or methodological quality) formally assessed using appropriate criteria?	Y/PY/PN/N/NI
3.5 Were efforts made to minimise error in risk of bias assessment?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies	LOW/HIGH/UNCLEAR

Rationale for concern:

DOMAIN 4: SYNTHESIS AND FINDINGS	
Describe synthesis methods:	
4.1 Did the synthesis include all studies that it should?	Y/PY/PN/N/NI
4.2 Were all pre-defined analyses reported or departures explained?	Y/PY/PN/N/NI
4.3 Was the synthesis appropriate given the nature and similarity in the research questions, study designs and outcomes acrossincluded studies?	Y/PY/PN/N/NI
4.4 Was between-study variation (heterogeneity) minimal or addressed in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
4.5 Were the findings robust, e.g. as demonstrated through funnel plot or sensitivity analyses?	Y/PY/PN/N/NI
4.6 Were biases in primary studies minimal or addressed in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding the synthesis and findings	LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:	

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Phase 3: Judging risk of bias. Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria		
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies		
3. Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies		
4. Concerns regarding the synthesis and findings		

RISK OF BIAS IN THE REVIEW	
Describe whether conclusions were supported by the evidence:	
A. Did the interpretation of findings address all of the concernsidentified in Domains 1 to 4?	Y/PY/PN/N/NI
B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered?	Y/PY/PN/N/NI
C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance?	Y/PY/PN/N/NI
Risk of bias in the review	RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for risk:	

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Anexo 12. Guion de las entrevistas semiestructuradas para profesionales y personas usuarias de la parte cualitativa de los estudios correspondientes a la parte 2 y 3.

12a. Guion de la entrevista a profesionales

¿Cómo deben ser unos cuidados adecuados de enfermería en la UME?

¿Qué significa prestar unos buenos cuidados?

¿Podría definir qué es la coerción?

¿Podría describir las medidas coercitivas y su utilidad en los cuidados de salud mental?

¿Cómo podría reducirse el uso de medidas coercitivas?

12b. Guion de la entrevista a personas usuarias

¿Cómo deben ser unos cuidados adecuados de enfermería en la UME?

¿Qué significa para ti que te cuiden bien?

¿Podría definir qué es la coerción?

¿Consideras que se te ha privado de tu libertad en algún momento?

¿Podría describir las medidas coercitivas y su utilidad en los cuidados de salud mental?

¿Has tenido alguna experiencia reciente con medidas restrictivas en la unidad? Si es así, ¿cómo te hacen sentir?

¿Cómo podría reducirse el uso de medidas coercitivas?

Anexo 13. Documento de aprobación del Comité de Ética e Investigación Médica del Hospital Dr. Peset.

GENERALITAT VALENCIANA

DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA DOCTOR PESET

Departament de Salut de València - Doctor Peset

A/A.: Miriam Aragonés
Enfermera P. Jofré

Dña. Pilar Codoñer Franch, Presidenta del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Dr. Peset.

CERTIFICA:

Que este comité en su reunión celebrada el día 29 de enero de 2020 ha evaluado y ha aprobado el estudio titulado: Experiencia de coerción en hospitalización psiquiátrica.
Proyecto de investigación. Tesis doctoral
Código CEIm: 127/19

Valencia 6 de febrero de 2020

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA - VALÈNCIA
Hospital "Dr. Peset" COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Fdo.: Dra. Pilar Codoñer Franch

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA