

## RECOPILACIÓN DE ARGUMENTOS SOBRE LA REDUCCIÓN DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS Y COMENTARIO DESDE LA LITERATURA CIENTÍFICA RECIENTE

Francisco José Eiroá Orosa

- Federación Veus – Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona, [rdi@veus.cat](mailto:rdi@veus.cat)
- Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona, [feiroa@ub.edu](mailto:feiroa@ub.edu)
- Programa de Recuperación y Salud Comunitaria, Universidad de Yale (Estados Unidos)

La introducción de la reforma psiquiátrica que permitió la desinstitucionalización de personas con problemas de salud mental y su reintegración a la comunidad en los años ochenta, además de movimientos profesionales y de derechos humanos más recientes como los de Rehabilitación Psicosocial y Recuperación, formados por usuarios, familiares y profesionales, han permitido el debate sobre la reducción del uso de contenciones mecánicas en los dispositivos asistenciales.

El uso de estas medidas contraviene, en muchos casos, los artículos 14 (libertad y seguridad de la persona), 15 (protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) y 17 (protección de la integridad personal) de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y firmado y ratificado por España el 30 de marzo y el 23 de noviembre de 2007 respectivamente (BOE: 21-04-2008). Sin embargo, la reducción del uso de estas intervenciones implica complejos cambios en la formación del personal y las infraestructuras de ingreso en salud mental, lo que requiere de la cooperación de todos los actores implicados en la gestión y ejecución de estos servicios.

A continuación, ofrecemos algunos argumentos que implican reservas a la viabilidad de la eliminación de contenciones mecánicas, acompañados de la correspondiente respuesta a la luz de la literatura científica reciente.

ARGUMENTO: En un momento de crisis una contención mecánica es el mejor para la persona, ya que se encuentra en un momento en el que se puede hacer daño a sí misma o a los demás.

RESPUESTA: Los **usuarios** que han sido **objeto de contención** mecánica muestran tener un **peor pronóstico**<sup>1</sup>. Además, se ha demostrado que la contención mecánica puede causar **lesiones graves**<sup>2,3</sup> e incluso la **muerte**<sup>4</sup>.

ARGUMENTO: A pesar del riesgo para los usuarios, muchas contenciones se hacen para preservar la seguridad de los profesionales.

RESPUESTA: La **reducción** de estas intervenciones **disminuye el riesgo de lesiones y bajas** entre el personal de enfermería<sup>5</sup>.

ARGUMENTO: Los recortes en sanidad impiden la eliminación de las contenciones mecánicas.

RESPUESTA: Las contenciones mecánicas **no son coste-efectivas**, mientras que **su reducción sí lo es**<sup>5</sup>.

ARGUMENTO: Las intervenciones alternativas son muy complejas y no son trasladables a nuestro ámbito cultural o suponen mayor carga de trabajo.

RESPUESTA: Hay muchas alternativas **sencillas y efectivas**<sup>6</sup> entre las que se encuentra la **prevención**. En los casos donde la contención es inevitable las **percepciones** de los usuarios ante alternativas a la contención mecánica como la **contención física** son **mejores**, ya que los usuarios perciben preocupación por parte de los profesionales y mayor proximidad<sup>7</sup>.

ARGUMENTO: Los cambios organizacionales son de una complejidad tal que sería imposible implementarlo en nuestros hospitales.

RESPUESTA: Los **cambios organizacionales** para reducir, e incluso eliminar, las contenciones mecánicas son posibles y lo más importante, son **seguros tanto para los usuarios como para los profesionales**<sup>8</sup>.

## Referencias

1. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003 Update. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2003;E10(1):1-29. doi:10.1111/j.1524-475X.2003.00001.x.
2. Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111(4):324-327. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00456.x.
3. Nielsen AS. [Deep venous thrombosis and fatal pulmonary embolism in a physically restrained patient]. *Ugeskr Laeger.* 2005;167(21):2294.
4. Morrison A, Sadler D. Death of a Psychiatric Patient during Physical Restraint. Excited Delirium — A Case Report. *Med Sci Law.* 2001;41(1):46-50. doi:10.1177/002580240104100109.
5. Lebel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv.* 2005;56(9):1109-1114. doi:10.1176/appi.ps.56.9.1109.
6. Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?-A Systematic Review. *Perspect Psychiatr Care.* 2012;48(2):83-94. doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x.
7. Chien WT, Chan CWH, Lam LW, Kam CW. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Educ Couns.* 2005;59(1):80-86. doi:10.1016/j.pec.2004.10.003.
8. Goulet M-H, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggress Violent Behav.* 2017;31(6):413-424. doi:10.1016/j.avb.2017.01.019.