

RECULL D'ARGUMENTS SOBRE LA REDUCCIÓ DE CONTENCIONS MECÀNIQUES I COMENTARI DES DE LA LITERATURA CIENTÍFICA RECENT

Francisco José Eiroá Orosa

- Federació Veus – Entitats Catalanes de Salut Mental en 1a Persona, rdi@veus.cat
- Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Universitat de Barcelona, feiroa@ub.edu
- Programa de Recuperació i Salut Comunitària, Universitat de Yale (Estats Units)

La introducció de la reforma psiquiàtrica que va permetre la desinstitucionalització de persones amb problemes de salut mental i la seva reintegració a la comunitat en els anys vuitanta, a més de moviments professionals i de drets humans més recents com els de Rehabilitació Psicosocial i Recuperació, formats per usuaris, familiars i professionals, han permès el debat sobre la reducció de l'ús de contencions mecàniques en els dispositius assistencials.

L'ús d'aquestes mesures contravé, en molts casos, els articles 14 (llibertat i seguretat de la persona), 15 (protecció contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants) i 17 (protecció de la integritat personal) de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, aprovat per l'Assemblea General de Nacions Unides el 13 de desembre de 2006 i signat i ratificat per l'Estat Espanyol el 30 de març i el 23 de novembre de 2007 respectivament (BOE: 21-04-2008). No obstant això, la reducció de l'ús d'aquestes intervencions implica complexos canvis en la formació del personal i les infraestructures d'ingrés en salut mental, la qual cosa requereix de la cooperació de tots els actors implicats en la gestió i execució d'aquests serveis.

A continuació oferim alguns arguments que impliquen reserves a la viabilitat de l'eliminació de contencions mecàniques, acompanyats de la corresponent resposta a la llum de la literatura científica recent.

ARGUMENT: En un moment de crisi una contenció mecànica és el millor per a la persona, ja que es troba en un moment en el qual es pot fer mal a si mateixa o als altres.

RESPOSTA: Els **usuaris** que han estat **objecte de contenció** mecànica mostren tenir un **pitjor pronòstic**¹. A més, s'ha demostrat que la contenció mecànica pot causar **lesions greus**^{2,3} i fins i tot la **mort**⁴.

ARGUMENT: Tot i el risc per als usuaris, moltes contencions es fan per preservar la seguretat dels professionals.

RESPOSTA: La **reducció** d'aquestes intervencions **disminueix el risc de lesions i baixes** entre el personal d'infermeria⁵.

ARGUMENT: Les retallades en sanitat impedeixen la eliminació de les contencions mecàniques.

RESPOSTA: Les **contencions mecàniques no són cost-efectives**, mentre que **la seva reducció sí ho és**⁵.

ARGUMENT: Les intervencions alternatives són molt complexes i no són traslladables al nostre àmbit cultural o suposen major càrrega de treball.

RESPOSTA: Hi ha moltes **alternatives senzilles i efectives**⁶ entre les que es troba la **prevenció**. En els casos on la contenció és inevitable les **percepcions** dels usuaris davant alternatives a la contenció mecànica com la **contenció física** són **millors**, ja que els usuaris perceben preocupació per part dels professionals i major proximitat⁷.

ARGUMENT: Els canvis organitzacionals són d'una complexitat tal que seria impossible implementar-ho en els nostres hospitals.

RESPOSTA: Els **canvis organitzacionals** per reduir, i fins i tot eliminar, les contencions mecàniques **són possibles** i el més important, son **segurs tant per als usuaris com per als professionals**⁸.

Referències

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.