



Contención, coerción y calidad asistencial en unidades de agudos: ¿es tiempo de resultados?

José M^a Villagrán Moreno

Psiquiatra. Coordinador Unidad Hospitalaria de Salud Mental. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Área de Gestión Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.

Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz.

Mayo 2020. Boletín Psicoevidencias nº 56. ISSN 2254-4046

Tras un largo periodo de tancredismo institucional, en los últimos años al fin se ha desarrollado en la coordinación del programa andaluz de salud mental una decidida política para restringir una de las medidas coercitivas más lesivas en nuestra práctica asistencial: la contención mecánica (en adelante CM).

Hay que recordar que el uso de la CM ha sido cuestionado, desde diversos ámbitos, por razones conceptuales -si es una técnica terapéutica o simplemente una medida de seguridad¹-, éticas -si conculca los derechos y la autonomía del paciente²⁻⁶-, clínicas -si resulta de utilidad para evitar agitación o agresiones⁷⁻¹⁰-, económicas -fundamentalmente por el tiempo dedicado por el personal implicado¹¹⁻¹³- y, sobre todo, de seguridad para el paciente, dados los riesgos a los que se somete a éste¹⁴.

Por otro lado, una filosofía asistencial que contemple un contexto terapéutico lo menos restrictivo posible^{4,15-17} que favorezca el proceso de empoderamiento y recuperación del paciente psiquiátrico¹⁸ debe tener como objetivo el tránsito de la sujeción (física, *contention, restraint*) a la contención (psicológica, *contenance, holding*)¹⁹ y por tanto tender a la supresión o, al menos, a la reducción máxima de la CM.

Los estudios realizados, tanto en Europa como en Estados Unidos en las últimas décadas, han identificado diversos factores asociados al menor empleo de la CM²⁰⁻²³: implementación efectiva de políticas restrictivas de la coerción; una suficiente dotación y formación del personal que esté entrenado en la intervención en crisis y en las técnicas de desescalada; un sistema de monitorización de la aplicación de la práctica con indicadores de uso; un sistema de revisión externa de los episodios de contención con análisis (*debriefing*) tras cada uno de ellos; una mayor implicación de los usuarios y familiares y ciertas modificaciones en el ambiente terapéutico que los prevengan^{22,24-32}. El control de estos factores mediante estrategias multimodales potenciaría la reducción de su uso^{21,33-37}. Es decir, a modificaciones legales e institucionales³⁸ se deberían asociar otras medidas de tipo organizativo y educativo^{26,39}.



En este sentido, Bak et al.⁴⁰ han señalado hasta 27 factores, cuyo control, prevendría la aplicación de la CM. Destacan medidas organizativas como la revisión obligatoria de la CM, una mayor implicación de los pacientes en las actividades de *milieu* y la no ocupación máxima de la planta. Sin embargo, aspectos contextuales como el tipo de unidad asistencial, su ubicación, el área geográfica, el número de camas disponibles, la etnicidad en los pacientes o el índice de ocupación media pueden influir de forma importante en el uso de los factores preventivos⁴¹.

A diferencia de otros países, en España no existe una legislación específica que regule la aplicación de las medidas de CM. La ley de enjuiciamiento civil 763 que regula el ingreso involuntario en Unidades de Hospitalización de Salud Mental (en adelante UHSM), se esgrime como justificación para cualquier otra medida coercitiva ejercida durante el ingreso del paciente. Por tanto, nos quedan las medidas organizativas y educativas que limiten la práctica de la CM. En Andalucía, algunas unidades ya habían comenzado a trabajar en esta línea desde hace años con resultados importantes. En la UHSM del Hospital Regional de Málaga, por ejemplo, medidas fundamentalmente organizativas consiguieron reducir la duración de los episodios de CM, pero no tanto la prescripción de la misma⁴², mientras una estrategia multimodal que incluía medidas educativas obtuvo resultados opuestos³⁵. En el mismo sentido, en la UHSM del Hospital de Jerez fueron principalmente las medidas organizativas implementadas a lo largo de un periodo de estudio de 8 años, entre las que se encontraban la inclusión de la disminución de la CM como objetivo del acuerdo de gestión ligado a incentivos económicos, la inclusión en los objetivos individuales de desempeño profesional, el fomento del acompañamiento familiar del paciente durante el ingreso o la obligación de revisar la CM al cabo de un periodo máximo de 2 horas, las que consiguieron reducir hasta 10 veces las horas totales de CM, reduciendo el número y la duración media de los episodios⁴³.

A mediados de 2016 se implantó el registro único de CM para las 20 UHSM de nuestra comunidad, a lo largo de 2018 y 2019 se comenzaron a realizar talleres de desescalada verbal para el personal sanitario de las unidades y, para este año, además de continuar con estos, se plantean talleres de *debriefing* o evaluación posterior a los episodios de CM. La influencia que estas medidas están teniendo en la aplicación de la CM en nuestras unidades están empezando a ser analizadas, pero parece que hasta el momento están siendo más eficaces en reducir el tiempo de CM que en su prescripción⁴⁴.

Existe una cuestión que trasciende la mayor o menor aplicación de la CM: la relación entre coerción y la práctica en salud mental⁴⁵. La cuestión capital es si es posible llevar a cabo una atención en UHSM sin medidas coercitivas. La respuesta no es simple y tiene muchas aristas. La simple minimización o supresión de la CM, por muy deseables que sean, no descarta (e incluso puede reforzar) otras medidas



coercitivas tales como la sujeción física, el aislamiento, la medicación forzada, etc. Esto es lo que ocurre en algunos países en los que, a pesar de la prohibición de la CM, siguen aplicándose esas otras medidas con frecuencia. El objetivo, pues, debe ser la disminución de las prácticas coercitivas (de todas).

En este sentido, en Jerez hemos decidido que nuestro próximo objetivo sea la disminución de la medicación forzada (en adelante MF). Desde mediados de 2017 hemos establecido un registro de cada episodio de MF, que creemos pionero en nuestro medio, y la disminución de estos constituye un nuevo objetivo en nuestra unidad de gestión clínica para los próximos años. Así, en alrededor de un 20% de los ingresos en nuestra UHSM se prescribe MF. Pero lo interesante es que, por el simple hecho de registrarlo, hemos disminuido de 2018 a 2019 las ratios de episodios de MF por ingreso de 0.75 a 0.70, por paciente ingresado de 0.96 a 0.93 y por paciente medicado forzadamente de 3.98 a 3.30⁴⁶.

Obviamente, todas estas medidas parciales necesitan estar encuadradas en una estrategia global que busque la disminución de cualquier práctica coercitiva. Iniciativas como la americana *Six Core Strategies*⁴⁷, o su británica adaptación, el modelo de *REsTRAIN YOURSELF*⁴⁸, deben servir de guía para nuestras propuestas. Un modelo con el que nuestro grupo está trabajando para su adaptación y ulterior implantación en la UHSM es el modelo británico *SAFEWARDS* (plantas seguras)⁴⁹ que incluye medidas dirigidas hacia el personal, pacientes, ambiente, estilo relacional, detección de claves conductuales, etc., y cuya efectividad está avalada por cierto grado de evidencia⁵⁰.

Sean estas u otras iniciativas, lo cierto es que, independientemente de la principal justificación ética, una estrategia de disminución de las prácticas coercitivas en la atención a los problemas de salud mental debe de ser esencial en la búsqueda de la calidad asistencial de nuestros servicios y, aunque comenzamos a estar en un buen camino, aún estamos muy lejos de su consecución.



Referencias

- ¹ Sjöstrand M, Helgesson G. Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics* 2008; 22(2):113-20. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00610.x.
- ² Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):24-9.
- ³ Mohr WK. Restraints and the code of ethics: an uneasy fit. *Arch Psychiat Nurs* 2010, 24, 1:3-14.
- ⁴ O'Brien AJ, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(2):167-73.
- ⁵ Steinert T, Lepping P, Baranyai R, Herbert L: Ethical problems in decisions on coercive treatment. *Eur Psychiat* 2004, 19:585.
- ⁶ Wynn R: Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiat Clin* 2006, 10:247-251.
- ⁷ Irving K. Governing the conduct of conduct: are restraints inevitable? *J Adv Nurs* 2002;40(4):405-12.
- ⁸ Kahng, S., Leak, J., Vu, C., & Mishler, B. Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression. *Behav Intervent* 2008, 23(2), 137-142.
- ⁹ Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD002084.
- ¹⁰ Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001163.
- ¹¹ Flood C. Bowers L. Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economic\$* 2008, 26 (5): 325-330.
- ¹² Garrido Viñado E, Lizano-Díez I, Roset Arisso PN, Villagrán Moreno JM, Mur de Viu Bernad C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica* 2015, 22,1:12-16.
- ¹³ LeBel, J., & Goldstein, R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiat Serv* 2005, 56, 1109-1114.
- ¹⁴ Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, Fraher DM, Hardy P, Jones S, Gournay K, Johnston S, Pereira S, Pratt P, Tucker R, Tsuchiya A. 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 Evid Based Nurs*. 2006;3(1):8-18.
- ¹⁵ Kozub ML, Skidmore R. Least to most restrictive interventions: A continuum for mental health care facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001;39(3):32-8.
- ¹⁶ Morales E, Duphorne PL. Least restrictive measures: alternatives to four-point restraints and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1995 Oct;33(10):13-6.
- ¹⁷ Richmond I, Trujillo D, Schmelzer J, Phillips S, Davis D. Least restrictive alternatives: do they really work? *J Nurs Care Qual*. 1996 Oct;11(1):29-37.
- ¹⁸ Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993, 16(4):11-23.
- ¹⁹ Gansel Y, Lézé S. Physical constraint as psychological holding: Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France. *Soc Sci Med* 2015;1-7.
- ²⁰ Carlson, K., & Hall, J. M. Preventing restraint and seclusion: A multilevel grounded theory analysis. *Sage Open* 2014, 4(4). doi:10.1177/2158244014556641.



- ²¹ LeBel, J. L., Duxbury, J. A., & Putkonen, A. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs* 2014, 52, 22-29.
- ²² Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):412–23.
- ²³ Visalli H, McNasser G. Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual*. 2000;14(4):35–44.
- ²⁴ Barton SA, Johnson MR, Price LV. Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009; 47: 34-40.
- ²⁵ Borckardt, JJ, Madan, A, Grubaugh, AL, Danielson, CK, Pelic, CG, Hardesty, SJ, Hanson, R, Herbert, J, Cooney, H, Benson, A, Frueh, BC. Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiat Serv* 2011, 62:477–483.
- ²⁶ Gaskin CJ, Elsom SJ, Happel B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 298-303.
- ²⁷ Gaskin C. Reducing restrictive interventions: Literature review and document analysis. Victoria Department of Health. 2013. Available at: www.health.vic.gov.au/mentalhealth.
- ²⁸ Goulet M-H, Larue C. Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Arch Psychiat Nurs* 2016, 30, 120–128.
- ²⁹ Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn EO, Nijman HL, Bowers L, Mulder CL, Smit A, Widdershoven GA, Steinert T. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry* 2011. 34(6):429-38.
- ³⁰ Okin RL. Variation Among State Hospitals in Use of Seclusion and Restraint. *Psychiat Serv* 1985, 36 (6) 24-29.
- ³¹ Richter D, Needham I, Kunz S. The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review. En: Richter D, Whittington R (eds). *Violence in mental health settings*. New York, NY, USA, Springer, 2006.
- ³² Stewart D., Van der Merwe. M, Bowers L. Simpson A. Jones J. A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues Ment Health N* 2010, 31:413–424.
- ³³ Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF4, Dutka O, Schwartz HI, Wisniowski J, Goethe JW. Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatr Q*. 2016 Feb 20. [Epub ahead of print].
- ³⁴ Glover, RW. Reducing the use of seclusion and restraint: A NASMHPD priority. *Psychiat Serv* 2005, 56, 1141-1142.
- ³⁵ Guzman-Parra, J., Aguilera Serrano, C., García-Sánchez, J. A., Pino-Benítez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *J Am Psychiat Nurses* 2016, 22(3), 233–241. <https://doi.org/10.1177/1078390316644767>.
- ³⁶ Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A., & Leff, S. Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiat Serv* 2014, 65, 345-351.
- ³⁷ Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., Van Bramer, J., & Sederer, L. I. The New York state office of mental health positive alternatives to restraint and seclusion (PARS) project. *Psychiat Serv* 2015, 66, 851-856.
- ³⁸ Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Linnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. A 15-year national follow-up: Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psych Psych Epid* 2007, 42, 747-752.
- ³⁹ Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Arch Psychiatr Nurs* 1999; 13: 269-71.



- ⁴⁰ Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint—Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review. *Perspect Psychiatr Care* 2012, 48, 83-94.
- ⁴¹ Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspect Psychiatr Care* 2014;50(3):155–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040212>.
- ⁴² Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2014;n/a – n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ppc.12090>.
- ⁴³ Perez Revuelta JI, Torrecilla Olavarrieta R, García Spínola E, López Martín A, Guerrero Vida R, Mongil Sanjuan JM, Rodríguez Gómez C, Pascual paño JM, González Saiz F, Villagrán Moreno JM. Determining factors of the use of mechanical restraint in an adult acute psychiatric ward: an 8-year retrospective analysis. Artículo en preparación.
- ⁴⁴ Guzman-Parra J, Aguilera-Serrano C, Huizing E, Bono del Trigo A, Villagrán JM, García-Sánchez JA, Mayoral-Cleries, F. A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. Artículo en preparación.
- ⁴⁵ Beviá-Febrer B, Bono del Trigo A (Coord). *Coerción y salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2017.
- ⁴⁶ Villagran JM, Mongil Sanjuan JM, Torrecilla-Olavarrieta R. Forced medication in acute psychiatric wards: FORMED study. Artículo en preparación.
- ⁴⁷ National Association of State Mental Health Program Directors. Six Core Strategies to reduce seclusion and restraint use. 2008. <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>. Acceso 20 abril 2020.
- ⁴⁸ Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., Mckeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G., & Whittington, R. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services : The outcome of a restraint reduction programme ('RESTRAIN YOURSELF'). *Int J Nurs Stud* 2019, 95, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>.
- ⁴⁹ Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014, 21: 499-508.
- ⁵⁰ Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015, 52: 1412-1422.