

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Medidas coercitivas desde el punto de vista psicológico del paciente

Coercive measures from patients' psychological point of view

Miriam Vilchez Tornero^I, Jose Luis Vilchez Tornero^{II, III}

^I Facultad de Enfermería de la Bahía de Cádiz, Universidad de Cádiz. Cádiz, España.

^{II} Department for Management of Science and Technology Development, Ton Duc Thang University. Ho Chi Minh City, Vietnam.

^{III} Faculty of Applied Sciences, Ton Duc Thang University. Ho Chi Minh City, Vietnam.

RESUMEN

Introducción: se han hallado dos herramientas de evaluación fiables y válidas que miden las repercusiones psíquicas que las técnicas coercitivas tienen sobre los pacientes mentales. La existencia de estas herramientas habilita la continuidad en la investigación sobre la temática.

Objetivo: revisar las preferencias de los pacientes de las instituciones de salud ante las distintas medidas coercitivas.

Métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos digitales y otras fuentes. Se realizó revisión por pares de los trabajos, se utilizó como criterio temático de inclusión, la pertinencia en los temas a tratar. Tras el examen del resumen, cuerpo y conclusiones, se seleccionaron aquellos cuyo contenido se refería a: (1) las vivencias de los pacientes y personal cuando se aplicaban las medidas coercitivas; (2) preferencias de los pacientes sobre estas; (3) medidas preventivas; y (4) cuidados necesarios.

Desarrollo: Los estudios revisados apuntan al peligro ético que desarrolla el uso o la mala aplicación de estos protocolos coercitivos. Se debe tener en cuenta que la integridad física del personal sanitario también corre peligro en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. En esta disyuntiva entre preservación de la dignidad del paciente y seguridad del personal, han sido propuestas diversas medidas tanto accesorias/compensatorias como sustitutivas de estas técnicas perjudiciales para la salud mental de los pacientes.

Conclusiones: La comunicación entre el personal que implementa estas medidas y el paciente que las recibe, es esencial para una buena "alianza terapéutica" y el correcto desarrollo del tratamiento.

Palabras clave: medidas coercitivas; contención mecánica; aislamiento de pacientes; medicación forzada; ingreso involuntario; protocolo de intervención.

ABSTRACT

Introduction: Two reliable and valid assessment tools have been found that measure the psychic impact of coercive techniques on mental patients. The existence of these tools enables continuity in research on the subject.

Objective: This paper reviews the preferences of the patients of the health institutions about different coercive measures.

Methods: A systematic bibliographic search was carried out in digital databases and other sources. Peer review of the works was carried out, using as a thematic criterion of inclusion, the relevance in the topics to be treated. After examining the summary, body and conclusions, those whose content referred to were selected: (1) the experiences of the patients and staff when the coercive measures were applied; (2) patients' preferences about these; (3) preventive measures; and (4) necessary care..

Body: The studies reviewed point to the ethical danger that leads to the use or misapplication of these coercive protocols. It should be taken into account that the physical integrity of health personnel is also at risk in the treatment of psychiatric patients. In this dilemma between the preservation of the patient's dignity and the safety of the personnel, various measures have been proposed, both ancillary and compensatory, as well as substitute for these techniques that are detrimental to the mental health of patients. The purpose of these measures is to avoid the use of these coercive techniques.

Conclusion: communication between the personnel implementing these measures and the patient receiving them is essential for a good "therapeutic alliance" and the correct development of the treatment.

Key words: Coercive measures; mechanical containment; isolation; forced medication; involuntary admission; intervention protocol.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la profesión enfermera, implica una motivación filantrópica orientada hacia el cuidado de los demás. Sin embargo, en determinadas ocasiones, la enfermería requiere del uso de técnicas molestas, tanto para pacientes como para el personal de enfermería.¹ En ocasiones estas afectan la ética profesional² que no solo causa dolor físico, sino que arriesgan la dignidad de la persona durante su aplicación.³ En el campo de la salud mental, estas técnicas son denominadas "medidas coercitivas".⁴

Durante la implementación de estas, se generan sentimientos de incompreensión e impotencia, debido a la ausencia de participación del paciente en la toma de decisiones.⁵ En el proceso, el paciente sufre por la privación de libertad y desarrolla la llamada "indefensión aprendida".⁶ A su vez, los profesionales de la salud, que se

ven obligados a utilizar dichas técnicas, experimentan emociones negativas, por tener que hacer uso de la fuerza y vulnerar la dignidad del paciente.⁷

Las medidas coercitivas comprenden a todos aquellos protocolos diseñados para responder a una conducta desafiante y en los que se emplea de alguna forma la fuerza física, con el fin de limitar o restringir el movimiento.⁸ Entre estas, las de mayor impacto sobre la salud mental, son la contención mecánica y el aislamiento.⁹

Se entiende por contención mecánica el uso de procedimientos profesionales físicos y mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de todo o parte del cuerpo de un paciente, contra su voluntad.¹⁰ Este tipo controla las actividades físicas y protege de lesiones que pudiera infligirse así mismo o a otros. El aislamiento, por otro lado, es el confinamiento en una habitación cerrada, e impide salir de ella durante un período de tiempo limitado.⁴

Al hablar de contención mecánica, es inevitable mencionar algunas otras que, en ciertos casos, se usan conjuntamente o que, en otros, suponen su antesala.⁸ Incluyen la medicación forzada y el ingreso involuntario. La medicación forzada, usa tanto la sujeción como fuerte presión psicológica para administrar medicación en contra de la voluntad del paciente.⁹ Por otra parte, el ingreso involuntario es definido como aquella inclusión en una institución de salud, motivada por razones de salud pública o riesgos graves para la vida de las personas.¹¹

Son bien conocidos los daños a nivel físico que la contención mecánica puede provocar en el paciente. Entre estos se encuentran la aparición de úlceras por presión, hipertermia, incontinencia urinaria o intestinal, aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales, compresión de fibras nerviosas y contracturas.^{12,13} Dentro de estas se han reportado casos extremos de autolesión y suicidio.¹⁴ Esto hace aún más relevante el estudio de las posibles consecuencias psicológicas (causantes de dichos casos límite) que este tipo de protocolos de intervención pueden tener sobre el paciente.

Precisamente por este último punto, el uso de medidas coercitivas implica un dilema ético para el personal que las pone en práctica.⁵

A pesar de que la contención mecánica es un método muy usado en ciertas unidades de psiquiatría, existe falta de evidencia científica sobre su eficacia para el alivio de la agresividad y/o el aumento de la sintomatología positiva psicológica.^{1,14} Esto ha sido demostrado como riesgo en el tratamiento completo, cuando se utilizan.^{15,16} La contención mecánica socava la confianza en el personal y dificulta la relación entre pacientes y profesionales.²

Han sido propuestas medidas preventivas para evitar las coercitivas³ y se ha constatado la efectividad del uso de la contención verbal como posible alternativa, para evitar, disminuir o erradicar la agitación una vez que esta aparece.^{17,18} También se han unificado enfoques internacionales de tratamiento de la agitación dentro del proyecto "*Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation*".⁷ Estas propuestas siguen la filosofía del "tratamiento moral" (en términos de Pinel)¹⁹ y han derivado en una disciplina con entidad propia, dedicada precisamente al diseño e implementación de actividades reguladoras del estado de ánimo dentro de la terapia ocupacional.²⁰

Los estudios apuntan a que ciertas medidas coercitivas actualmente en uso, atentan menos que otras contra la dignidad humana y por ese motivo, deben de ser usadas gradualmente; de la menos hasta la más restrictiva.²¹ La medida de menor impacto es el ingreso involuntario. En este, se proporcionan estímulos ambientales controlados para evitar la agitación psicomotriz y favorecer la compensación de la enfermedad psiquiátrica. La siguiente es la administración de medicación de manera involuntaria. A continuación se ubica el aislamiento y en último lugar, la contención mecánica.

Existen estudios que dejan entrever que esta secuencia es la preferida de los pacientes.^{4,22} El objetivo del presente trabajo es revisar las preferencias de los pacientes de las instituciones de salud ante las distintas medidas coercitivas.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica, consultando las bases de datos: *Cochrane Library*, *Cochrane plus castellano*, *Cuiden*, *Google Académico*, *Medline*, *MESH*, *DECS*, *Scopus*, *SciElo*, *Science direct* y *Pubmed*. Al analizar la bibliografía, se identificaron de forma secundaria artículos relacionados con la temática que no fueron encontrados a través del método anterior.

Las palabras clave en español fueron: "medidas coercitivas", "contención mecánica", "aislamiento", "medicación forzada", "ingreso involuntario", "prácticas psiquiátricas" y "protocolo de intervención".

En inglés se utilizaron: "*physical restraint*", "*mechanical restraint*", "*coercive measures*", "*involuntary hospitalization*", "*treatment of agitation*", "*seclusion*", "*patient restriction*", "*intervention*", "*containment strategies*" y "*forced medication*". Se utilizaron combinaciones de los términos anteriores y el criterio temporal, trabajos de los últimos 10 años. Se realizó una revisión por pares, cuyo criterio temático de inclusión fue la pertinencia en los temas a tratar. Tras el examen del resumen, cuerpo y conclusiones de los estudios, se seleccionaron aquellos trabajos cuyo contenido se refería a: (1) las vivencias de los pacientes y personal cuando se aplicaban las medidas coercitivas; (2) preferencias de los pacientes sobre estas; (3) medidas preventivas; y (4) cuidados necesarios.

DESARROLLO

De los 2 345 artículos encontrados, 80 tuvieron relevancia, pero solo 26 cumplieron el criterio de pertinencia en relación con los temas de interés del estudio ([tabla](#)). De estos 26 trabajos, 11 tuvieron relevancia psicológica, desde el punto de vista del paciente.

Tabla. Variables y contenido de los estudios revisados y seleccionados

Título del artículo	Autores/Año/País	Contenido/Resultados
<i>Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment</i>	Soininen, Välimäki, Noda, Puukka, Korkeila, Joffey Putkonen (2013). Finlandia.	- Dilema ético. - Implicaciones de la no-participación del paciente en la toma de decisiones. - Preferencias entre C/A/MF: Hombres prefieren MF, similitud entre C/A (muestra finlandesa). - Escala CES y SR-PPT, explicación de ambas.
<i>A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings</i>	Bergk, Einsiedler, Flammer y Steinert (2011). Alemania.	- Preferencia entre CM/A: igual impacto psicológico. - Uso escala CES
<i>After 200 Years of Psychiatry: Are Mechanical Restraints in Germany Still Inevitable?</i>	Steinert (2011). Alemania.	- C/A no consideradas terapéuticas. - Refiere de-escalación
<i>"Coercion experience scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures.</i>	Bergk, Flammer y Steinert (2010). Alemania.	- Análisis de fiabilidad pero no validez de la Escala CES. - Uso como instrumento de cribado para pacientes que necesitan apoyo tras MC.
<i>Secluded/restrained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire.</i>	Noda, Sugiyama, Ito, Soininen, Putkonen, Sailas y Joffe (2012). Japón.	- Análisis de fiabilidad y validez de la escala SR-PPT.
<i>Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands.</i>	Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries y Bowers (2008). Países Bajos.	- Preferencias entre hombre y mujeres con respecto a las diferentes MC. - Cascada de MC no tiene un orden lógico, difiere con otros estudios. - A/MF: Igual aversión y eficacia. Ambas con aspectos positivos y negativos.

Tabla. Variables y contenido de los estudios revisados y seleccionados (cont...)

Título del artículo	Autores/Año/País	Contenido/Resultados
<i>Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation.</i>	Holloman y Zeller (2012). Estados Unidos.	- Consecuencias de la reducción del uso de la contención mecánica en el tratamiento psiquiátrico. - Busca proporcionar directrices eficaces y seguras para personal y pacientes.
Alteraciones psíquicas y físicas ante la contención mecánica del cliente diagnosticado de trastorno mental grave ingresado en la unidad de hospitalización.	Pérez, Bahamonde, Gas, De Vega, Jerez y Garzón (2012). España.	- Estudio sobre alteraciones físicas y psicológicas durante la CM. - Utilizan la Escala CES.
<i>The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data.</i>	Kallert et al. (2005). 12 Países Europeos.	- Evalúa las diferencias en la práctica clínica de MC en doce países de la Unión Europea.
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).	Bulechek (2009). España	- Intervenciones para cuidados en la CM.
Protocolo de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento.	Dirección General de Personas con Discapacidad (2009). España.	- Definiciones de MC, CM, A, II y MF. - Actividades de cuidados compensatorios en CM.
Protocolo de contención mecánica.	Servicio Andaluz de Salud (2012). España.	- Actividades de cuidados en CM - Procedimiento y criterio de finalización. - Información sobre prevención.
<i>Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the siquiat association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup.</i>	Richmond y otros (2012). Estados Unidos.	- Describe la técnica de de-escalada - Objetivo de prevención en CM. - Información sobre la técnica de-escalación.

Tabla. Variables y contenido de los estudios revisados y seleccionados (final)

Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes.	Fernández de Piñar y Garzón, Romero Molina, Plaza del Pino y García García (2007). España.	- Incluye posibles complicaciones a nivel físico de la CM.
Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica.	Rodríguez, Alarcón, Ruíz y Pérez (2012). España.	- Aspectos éticos de la CM.
La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de siquiatría infanto-juvenil	Marqués Andrés (2007). España.	- Percepciones desde el punto de vista del personal. - Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil. - Sujeción no castigo sino refuerzo negativo.
<i>Containment strategies for people with serious mental illness.</i>	Muralidharan y Fento (2006). Reino Unido.	- Cuatro métodos no farmacológicos que son usados en la actualidad: observación especial, cierre de puertas, contratos conductuales y de-escalada. - No son excluyentes.

MC - Medida coercitiva, CM - Contención Mecánica, A - Aislamiento, MF - Medicación Forzada, II - Ingreso Involuntario.

De los trabajos seleccionados, un 82,5 % apunta a la insuficiente literatura existente en relación a las experiencias de los pacientes. Pese a que la literatura localizada es escasa, según los autores,²³ el tema es de interés científico y es posible encontrar dos herramientas para calibrar el impacto que tienen las medidas coercitivas de sujeción y aislamiento sobre las vivencias del paciente.

La primera herramienta es la "Escala de Experiencia de Coerción" (CES),²³ que valora las violaciones de los derechos humanos y el estrés experimentado durante la aplicación de la medida; ambos desde el punto de vista del paciente. La CES se compone de 6 subescalas: "humillación", "efectos físicos adversos", "separación", "medio ambiente negativo", "miedo" y "coacción". Cuanto mayor es la puntuación total de CES o las puntuaciones de las subescalas, mayor es la cantidad de carga emocional para el paciente. La escala CES puede ser utilizada para comparar diferentes medidas coercitivas (con fines investigativos) o en la práctica clínica (solo como instrumento de cribado para los pacientes que necesitan apoyo después de las intervenciones). Sin embargo, son necesarias investigaciones adicionales para identificar las cualidades psicométricas y diagnósticas del instrumento a través de su puntuación total y las de sus subescalas.

La segunda herramienta es el cuestionario de "Percepción de los Pacientes de su Tratamiento de Aislamiento y/o Contención Mecánica" (SR-PPT).⁵ El SR-PPT es un cuestionario con 11 *ítems*, que son contestados mediante una escala visual

analógica. El espacio para responder mide 10 cm de longitud y el paciente ha de localizar en dicho espacio el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem. Un análisis factorial posterior señaló dos factores: "Cooperación con el Personal" y "Percepciones del Aislamiento y la Contención Mecánica".²³ Noda y otros comprobaron que estas dos subescalas del SR-PPT poseen alta consistencia interna (se utiliza el alfa de Cronbach, $\alpha = 0,928$ y $\alpha = 0,887$ respectivamente). Respecto a su validez, las dos subescalas fueron correlacionadas con el "Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8",²⁵ y los índices de correlación r de Pearson fueron $r(56) = 0,838, p < 0,01$, y $r(56) = 0,609, p < 0,02$. Estos análisis confirman la adecuación de la herramienta para medir las percepciones de los pacientes después del aislamiento o contención.

Los resultados obtenidos con ambas herramientas apuntan a que cuando se hace partícipe a los pacientes en su tratamiento, estos muestran mayor satisfacción, a pesar de haber sufrido las medidas coercitivas que otros grupos de pacientes no tuvieron la opción de colaborar en la decisión de su propio tratamiento.²¹

Uno de los obstáculos de la decisión compartida referente a la medicación es la confianza ofrecida a los pacientes con deterioro cognitivo producido por una enfermedad mental. Ciertos trabajos se han centrado en pacientes esquizofrénicos con escasa capacidad de decisión.⁵ Los estudios demostraron que el rendimiento en las actividades de la vida diaria y el enfoque positivo de los pacientes, a los cuales se les permitió revisar y volver a reflexionar sobre su tratamiento, es mayor que las del grupo control. Además, la toma de decisiones compartida mejoró la adherencia al tratamiento a largo plazo y por tanto, la evolución del paciente.

Otra cuestión tratada en la bibliografía es la preferencia de medidas coercitivas entre los pacientes. La cascada lógica expuesta en la introducción (ingreso involuntario - administración de medicación psiquiátrica forzada - aislamiento - sujeción mecánica que se muestra en la [figura](#), queda en entredicho con ciertos estudios,²¹ en los cuales las percepciones de los pacientes en "contención mecánica" no difieren de las del "aislamiento".



Fig. Representación de la jerarquía de actuación.

El hecho de que en Finlandia, donde se realizaron estos estudios, realice la monitorización constante a pie de cama de forma obligatoria durante la contención mecánica puede influir en los resultados. Durante el aislamiento, en ese país, los sujetos no reciben tantas atenciones enfermeras.

Normalmente, la sujeción mecánica es peor percibida por los usuarios, si esta es acompañada de todo un protocolo de acompañamiento por parte del profesional sanitario. Esto corrobora que es muy importante el contacto humano, la interacción, la presencia del personal que debe escuchar al paciente, comprenderlo y tener en cuenta sus deseos. En caso de ser necesaria la aplicación de la técnica de contención mecánica, se debe acompañar de otras que han demostrado efectividad en atenuar las consecuencias psicológicas que la contención mecánica provoca.²⁶ Aceptar a los pacientes como socios activos en su propio tratamiento, incluso cuando su estado y capacidad mental son débiles, ayuda a desarrollar la llamada "alianza terapéutica", en términos de *Lerner*.²⁶

Los pacientes que entienden por qué es necesaria la medida usada tienen opiniones más positivas sobre la eficacia de esta, especialmente en el aislamiento y en la contención mecánica.²³ Sin embargo, el entendimiento no está relacionado con la aversión percibida.⁵

Los pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad de agudos, cuando no se encuentran en una crisis de agitación, son capaces de expresar sus preferencias sobre el tipo de medidas coercitivas que prefieren experimentar. Se recomienda discutir las con ellos con el fin de reducir las experiencias negativas. Para ello es fundamental la existencia de una buena comunicación y los pacientes con los que se interviene, aprecian que les sea consultada su opinión.

El estudio comparativo controlado aleatorio de *Bergk*²⁸ analiza, desde el punto de vista de los pacientes, el carácter restrictivo de la "contención mecánica" y el "aislamiento". Para este estudio se usó la escala CES²³ para medir la experiencia de los usuarios sometidos de manera aleatoria a dichas medidas coercitivas. No se encontraron diferencias significativas de preferencia entre una y otra, lo cual fue interpretado como que el impacto psicológico del aislamiento es equivalente al de la contención mecánica. Curiosamente, las guías recomiendan el uso de la menos restrictiva,¹¹ aunque no existan pruebas fehacientes que dictaminen la secuencia de las más recomendables.²¹

*Veltkamp*²¹ investiga sobre las preferencias de los pacientes entre el "aislamiento" o la "medicación forzada". Pone de manifiesto que no existen predilecciones entre ambas, siendo similares con respecto a la aversión provocada y a la eficacia percibida. Ambas contaban con aspectos positivos (el descanso, la seguridad, ser capaz de dormir durante el aislamiento y el efecto calmante de la medicación forzada) y negativos (sentirse solo y encerrado durante el aislamiento, impotencia y efectos secundarios físicos de la medicación forzada).

Existe una diferencia marcada entre ambos sexos, se prefieren las mujeres la medicación forzada con respecto al aislamiento. Esto puede ser explicado por el mayor temor reportado en los hombres, al debilitamiento provocado por la medicación.

Se ha comprobado que la combinación de medidas coercitivas, producen significativamente mayores efectos adversos,⁴ tanto físicos como emocionales, por lo que su uso requiere una justificación de peso. Esta interacción negativa es independiente de los tipos de intervenciones que se combinen. Curiosamente, en dependencia de las características demográficas y clínicas, hay ciertos casos (habitantes de zonas urbanas y pacientes con trastornos bien conocidos por la sociedad) en los que los sujetos reportan menores niveles de humillación y tristeza en comparación con el resto de intervenciones coercitivas. Parece que este hecho podría justificar el uso de dicha medida pero, al aplicarla, se estaría obviando las preferencias individuales.

La vía de administración preferentemente debe de ser la oral, ya que es experimentada como menos coercitiva y goza de la misma eficacia que la intramuscular.¹⁵ La opción menos recomendable sería la combinación de aislamiento y contención mecánica, que nuevamente no fue más significativa para reducir la agresividad.⁴

En cuanto al género, las mujeres presentan un umbral de tolerancia a estímulos dolorosos más bajo ya que existe mayor sensibilidad emocional. Se recomienda que el personal de enfermería ejecute la medida coercitiva de la que se trate con la mínima presión posible. Un mayor contexto estresante ha provocado la aparición de delirios de persecución, paranoia y alucinaciones, contrarrestando el principal objetivo de la intervención.

*Marqués Andrés*²⁹ aporta una visión diferente de la problemática de cómo viven los pacientes la contención mecánica, al tomarla en cuenta y relacionarla con el papel del personal que ejerce dicha medida. Cuando un paciente está agitado, se puede considerar algunas veces, como una provocación al entorno para conseguir del exterior, lo que no pueden satisfacer en su interior. En ciertas ocasiones, los pacientes se sienten responsables de su problemática mental. Este sentimiento de culpa, provoca la necesidad ilusoria de un castigo externo que expíe dicha culpa. En otros casos, la provocación hacia el personal sanitario, gira en torno a la necesidad de una vía de liberación de la activación fisiológica proveniente de la ira y la frustración, causada por la situación no elegida.

Es común encontrar también una necesidad de atención que compense el sentimiento de abandono que experimenta el paciente en las circunstancias de internamiento. Se ha encontrado igualmente, que los sujetos utilizan la contención mecánica como medio para dejar de pensar o liberar tensiones internas. Desde esta perspectiva, la sujeción puede entenderse no como un castigo sino como un refuerzo negativo liberador de la angustia provocada por la situación, a modo de catarsis.

En los estudios revisados se han encontrado guías que recomiendan el uso de las medidas menos restrictivas en caso de agitación del paciente.¹¹ Otros manifiestan la inexistencia de pruebas fehacientes que dictaminen cuáles son más recomendables que otras.²¹ Se destaca la necesaria elaboración de directrices basadas en la evidencia, con el fin de poder tomar la mejor y más ética decisión posible.

Mientras tanto, se recomienda tener en cuenta las preferencias de los pacientes en las decisiones clínicas caso a caso, debido al de las medidas coercitivas sobre la

autonomía, salud física y la actitud de este hacia los servicios de psiquiatría. La coerción puede provocar un innecesario alejamiento de los servicios de salud y dañar la relación terapéutica, por tanto, se estimula la inclusión del paciente en el diseño e implementación de su propio tratamiento.

En cuanto al orden en el que las medidas coercitivas deben implementarse, los estudios revelan que la secuencia lógica, no está suficientemente demostrada⁵ y que existen relevantes diferencias idiosincrásicas entre los usuarios de los servicios psiquiátricos.²² Se precisa de un mayor número de estudios que especifiquen qué protocolo es el más recomendable en cada caso y cuál es el mejor según las preferencias de los pacientes.

En relación con estas preferencias, en todos los artículos revisados ([tabla](#)), de una manera u otra, se concluye que es fundamental la existencia de una buena comunicación con el paciente. No obstante, en ninguno se especifica una pauta clara para que esta comunicación se potencie.

Sobre el modo en que las medidas coercitivas se ejecutan, es importante tener en cuenta que, en la comparación de estas técnicas entre estudios, existen variables relevantes que quedan sin controlar.⁹ Las más destacadas son el protocolo diferencial de actuación en el que se ejecutan las medidas coercitivas y las medidas compensatorias que pueden añadirse a este.⁵ Esto propicia que se desconozca realmente si las preferencias de los pacientes son debido a la medida coercitiva en sí o al modo en el que esta se realiza.

Dada la heterogeneidad de actuaciones, es reseñable el surgimiento de directrices para la correcta implementación de las medidas coercitivas.⁷ Al homogeneizar la implementación de estas, en el futuro los resultados comparativos sobre preferencias de los pacientes se centrarán solo en la medida coercitiva en sí.

En cuanto a la capacidad de decisión de los pacientes con trastorno mental, se propone la eliminación del modelo de atención paternalista en donde el profesional todopoderoso decide sobre la vida de su paciente al tener en cuenta única y exclusivamente sus conocimientos técnicos. En este sentido, es necesario dar paso al empoderamiento del paciente, desarrollar el lado más humano de la terapia y otorgarle la posibilidad de decidir sobre su propio tratamiento. Esta opción es muy valorada por los pacientes,⁵ quienes se sienten escuchados y respetados, incluso aunque no compartan la misma visión del profesional. Asimismo, los pacientes aprecian muy positivamente entender la necesidad de la imposición de la medida coercitiva y les ayuda a la hora de valorar su eficacia.²⁸

Un correcto programa de psicoeducación dirigida a los profesionales, ayudará en la toma de decisiones y en el desarrollo de habilidades sociales que ayuden a la implementación de las medidas restrictivas. Como los pacientes son capaces de expresar sus preferencias sobre el tipo de medidas a elegir durante sus episodios de agitación, este programa habilitaría la coordinación y el entendimiento entre el personal y los internos, desde el punto de vista de la psicología.²⁶ Ninguna habilidad social por parte de los profesionales tendrá efecto alguno sin la participación de los pacientes en la toma de decisiones médicas, incluida el tipo de contención preferida por ellos. La consulta a sus preferencias, logrará el objetivo último de reducir al máximo las experiencias negativas de este tipo de tratamiento y potenciar la mejora del paciente.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wright S. Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: A critical review. *Medicine, Science and the Law*. 2003 [cited 10 abr 2016];43:31-38. doi:10.1258/rsmmsl.43.1.31. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/rsmmsl.43.1.31>
2. Rumbold G. *Ethics in nursing practice*. 3rd Ed. Kent, Uk: Bailliere Tindall; 1999.
3. Steiner T. Nach 200 jahren psychiatrie: Sind fixierungen in Deutschland unvermeidlich? [Después de 200 años: ¿Es la contención mecánica en Alemania todavía inevitable?]. *Psychiatr Prax* 2011 [zitiert 10 abr 2016];38:348-51. doi:10.1055/s-0031-1276871. Verfügbar um: https://www.symptoma.com/en/research/article/after-200-years-of-psychiatry-are-mechanical-restraints-in-germany-still-inevitable_21811957
4. Georgieva I, Mulder L, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 2012 [cited 10 abr 2016];12:1-11. doi:10.1186/1471-244X-12-54. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-12-54>
5. Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, Putkonen H. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs* 2013 [cited 10 abr 2016];22:47-55. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x/full>
6. Seligman MEP. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco, CA: W.H. Freeman; 1975.
7. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med* 2012 [cited 2016 Abr 10];13:1-2. doi:10.5811/westjem.2011.9.68658. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/4kz5387b>
8. Dirección General de Personas con Discapacidad, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, Junta de Andalucía. *Protocolo de Intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*. Andalucía: Junta de Andalucía; 2009 [actualizado 17 oct 2016; citado 10 abr 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/YkbgQT>
9. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, Magliano L, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005 [cited 2016 Abr 10];4:168-2. Disponible en: <https://goo.gl/A2fhfN>

10. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics* 2010 [cited 10 abr 2016];17:65-76 . doi:10.1177/0969733009350140. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009350140?journalCode=nej>
11. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social; Junta de Andalucía. Manual de procedimiento generales en enfermería [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2012 [actualizado 17 oct 2016; citado 10 abr 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/Ifhq5e>
12. Fernández de Piñar, Garzón E, Romero Molina A, Plaza del Pino MD, García García M. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Andalucía: Junta de Andalucía; 2007 [citado 10 abr 2016]. Publicación No. GR 1755-07) . Disponible en: <https://goo.gl/2gNzww>
13. Pérez JM, Bahamonde JM, Gas M, de Vega MC, Jerez MR, Garzón C. Alteraciones psíquicas y físicas ante la contención mecánica del cliente diagnosticado de trastorno mental grave ingresado en la unidad de hospitalización [Internet]. Salamanca (España): Universidad de Salamanca; 2012 [citado 10 abr 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/Dh91fz>
14. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 [cited 10 abr 2016];6. Disponible en: <https://goo.gl/rJuyAH>
15. Frueh B, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, et al. Patients' report of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services* 2005 [cited 10 abr 2016];56:1123-33. Available at: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
16. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues Ment Health Nurs*. 2004 [cited 10 abr 2016];25:559-78. doi:10.1080/01612840490472101. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840490472101?needAccess=true&redirect=1&journalCode=imhn20>
17. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 [cited 10 abr 2016];12. doi:10.1002/14651858.CD002084.pub2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002084.pub2/full>
18. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Jr Zeller, SL, Wilson MP, Rifai MA, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med* 2012 [cited 10 abr 2016];13:17-25 . doi:10.5811/westjem.2011.9.6864 Available at: <http://escholarship.org/uc/item/55g994m6>

19. Pinel F. Tratado Médico-Filosófico de la enajenación del alma o la manía (Trad. Guarnerio y Avellana L). Madrid: Imprenta Real; 1804. (Trabajo original publicado en 1801).
20. Sarjurjo Castela G, Paz Ranz S. Acerca de Pinel, el hospital de Zaragoza y la terapia ocupacional. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2013 [citado 10 abr 2016];33:81-94. doi:10.4321/S0211-57352013000100006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352013000100006&lng=pt
21. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2010 [cited 10 Abr 2016];(1). Art. No.: D007297. doi:10.1002/14651858.CD007297.pub2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007297.pub2/full>
22. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. Psychiatr Serv 2008 [cited 10 abr 2016];59:209-11. doi:10.1176/appi.ps.59.2.209. Available from: <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/72907>
23. Bergk J, Flammer E, Steinert T. "Coercion experience scale" (CES): validation of a questionnaire on coercive measures. BMC Psychiatry 2010 [cited 10 abr 2016];10. doi:10.1186/1471-244X-10-5. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-5>
24. Noda T, Sugiyama N, Ito H, Soinenen P, Putkonen H, Sailas E, Joffe G. Secluded/restrained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire. Psychiatry Clin Neurosci 2012 [cited 10 abr 2016];66:397-404. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02350.x. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2012.02350.x/abstract>
25. Attkisson CC, Greenfield TK. The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. En: Maruish M (ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
26. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2009.
27. Lerner M. Introducción a la Psicoterapia de Rogers. Buenos Aires: Nueva Visión; 1974.
28. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. Psychiatric Services 2011 [cited 10 abr 2016];62:1310-7. doi:10.1176/appi.ps.201200315. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201200315>

29. Marqués Andrés S. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Invest Educ Enferm 2007 [citado 10 abr 2016];16:21. Disponible en: <https://goo.gl/K7imye>

Recibido: 5 de octubre de 2017.

Aprobado: 5 de noviembre de 2017.

Jose Luis Vilchez Tornero.^{1,2}

¹ Department for Management of Science and Technology Development, Ton Duc Thang University, 19 Nguyen Huu Tho, District 7, Ho Chi Minh City, Vietnam.

² Faculty of Applied Sciences, Ton Duc Thang University, 19 Nguyen Huu Tho, District 7, Ho Chi Minh City, Vietnam.

Correo electrónico: vilchez.tornero@tdt.edu.vn