

# Guía de recomendaciones para la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria







**EDICIÓN**

1ª, junio 2024

**EDITA**

Osakidetza. C/ Álava, 45  
01006 Vitoria-Gasteiz (Araba / Álava)

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Osakidetza

**INTERNET**

[www.osakidetza.euskadi.eus](http://www.osakidetza.euskadi.eus)



# Grupo de trabajo

## COORDINACIÓN

**M<sup>a</sup> Ángeles Cidoncha Moreno.** Responsable de Docencia e Investigación. Subdirección de Enfermería. Dirección General de Osakidetza.

**Begoña Morales Domaica.** Adjunta de Enfermería del Hospital Zamudio. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**M<sup>a</sup> Concepción Moreno Calvete.** Subdirectora de Investigación e Innovación. Red de Salud Mental de Bizkaia.

## PARTICIPANTES

**Aiora Gartzia Bengoetxea.** Enfermera especialista en Salud Mental. Centro de Salud Ondarroa. OSI Barrualde Galdakao.

**Aitziber García Olascoaga.** Enfermera en UCSI. Hospital de Zumarraga. OSI Goierri Alto Urola.

**Alicia Martínez Pellitero.** Enfermera. Hospital de Eibar. OSI Debarrena.

**Ana Belén Campos Sánchez.** Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Unidad de Medicina Interna. Hospital Mendaro. OSI Debarrena.

**Aranzazu Arroitauregi Gutiérrez.** Enfermera. Hospital Gorliz.

**Cristina Archeli Mesonero.** Supervisora unidad de Medicina Interna. Hospital de Eibar. OSI Debarrena.

**Elena Cardo Castro.** Enfermera clínica en UCI. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

**Estíbaliz Muñiz Rouco.** Supervisora de enfermería. Hospital Universitario Galdakao. OSI Barrualde Galdakao.

**Francisco Javier Sánchez Andérez.** Enfermero especialista en Salud Mental. Supervisor de Guardia del Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao Basurto.

**Inés Lodeiro Mendieta.** Supervisora unidad Neurocirugía. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

**Isabel Alonso Durana.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora (Psiquiatría) de la Unidad de Gestión Sanitaria. Red de Salud Mental de Araba.

**Jon Ander Puerto Sánchez.** Enfermero en el Área de Calidad y Seguridad Clínica. OSI Barakaldo-Sestao.

**Karmele Naveran Olaeta.** Adjunta de Enfermería (área hospitalización médica y consultas). Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao Basurto.

**Leire Aldeano Merchán.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora del Área de Subagudos. Red de Salud Mental de Araba.

**Leire Fentanes Hernández.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora de la unidad de agudos. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

**Lorena Ortiz de Villacian Fernández.** Enfermera en Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente. Hospital Santa Marina.

**Maidier Irazusta Nuñez.** Supervisora de enfermería. OSI Goierri Alto Urola.

**Maite Korta Irusta.** Enfermera. OSI Alto Deba.

**María Nicolasa García González.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora de rehabilitación. Hospital Zaldibar. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**María Olarizu Olalde Ortiz.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora del Área de Rehabilitación Funcional. Red de Salud Mental de Araba.

**María Luisa Oreja Vázquez.** Enfermera especialista en Salud Mental. Subdirectora de Enfermería. OSI Barrualde Galdakao.

**María Teresa Barrallo Calonge.** Geriatra. Hospital Gorliz.

**Marta Flores Martínez.** Supervisora Neurología. OSI Araba.

**Noemí Paredes Oliveira.** Enfermera especialista en Salud Mental. OSI Barrualde Galdakao.

**Patricia Lara Marcos.** Enfermera. Supervisora de Seguridad del Paciente. Unidad de Gestión Sanitaria. OSI Araba.

**Rosa M<sup>a</sup> Aguirre Aranaz.** Enfermera. OSI Donostialdea.

**Silvia Aránzazu Hernández León.** Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora unidad de agudos de Psiquiatría. OSI Araba.

**Sonia Navarro Del Cabo.** Enfermera. Dirección General de Osakidetza.

**Soraya Román Campo.** Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea.

**Soraya Vega Martínez.** Enfermera especialista en Salud Mental. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**Ziortza Olalde Viteri.** Supervisora de enfermería del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde Galdakao.

## REVISIÓN EXTERNA

**Ana Urrutia Beaskoa.** Médico Geriatra y Gerontóloga. Presidenta Fundación Cuidados Dignos.

**Carlos Oza Villate.** Encargado de celadores del servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde Galdakao.

**José Antonio de la Rica Giménez.** Director de Atención Sociosanitaria de Euskadi. Departamento de Salud.

**Jose Juan Uriarte.** Jefe de la UGC y del Hospital Zamudio. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**Luis Pacheco Yáñez.** Jefe del servicio de la Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**Luis Ugarte Arostegui.** Jefe de sección. Hospital Zamudio. Red de Salud Mental de Bizkaia.

**M<sup>a</sup> Jose Zamora Prieto.** Responsable de celadores del Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

**Raquel Cía Arrastia.** TCAE. OSI Bilbao Basurto.

**Rubén Gálvez López.** Unidad Medicina Interna - MBE - Paciente Crónico y Convalecencia. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea.

**Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi**



# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>2. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS</b>	<b>16</b>
<b>3. EL CUIDADO INTEGRAL</b>	<b>20</b>
<b>4. BUENAS PRÁCTICAS</b>	<b>28</b>
4.1. Establecimiento de una relación terapéutica.....	28
4.2. Vigilancia y manejo profesional.....	31
4.3. Plan individual de prevención de contención mecánica en el ámbito hospitalario de salud mental.....	35
4.4. Gestión/control de dispositivos y material sanitario.....	38
4.5. Acompañamiento de la familia/red de apoyo.....	38
4.6. Ambiente terapéutico: estrategias ambientales y entorno.....	39
4.7. Sala confort sensorial o de baja estimulación en salud mental.....	41
4.8. Ocio terapéutico.....	43
4.9. Desescalada verbal.....	45
4.10. Técnicas de distracción y entretenimiento.....	48
4.11. Técnicas de relajación.....	50
<b>5. LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA EXCEPCIONAL</b>	<b>54</b>
5.1. Consideraciones sobre las contenciones.....	54
5.2. Indicación.....	56
5.3. Protocolo.....	58
5.4. Tipo de dispositivos y objetos considerados dentro de las contenciones mecánicas.....	63
<b>6. EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>68</b>
<b>7. FORMACIÓN</b>	<b>72</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>78</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>92</b>
9.1. Anexo 1: Algoritmo de actuación.....	92
9.2. Anexo 2: Infografía desescalada verbal.....	93
9.3. Anexo 3: Registros en la herramienta corporativa Osanaia dentro de la historia clínica.....	94
9.4. Anexo 4: Recomendaciones para el desarrollo de un plan de formación.....	100



## **1. Introducción**

# 1. Introducción

Los términos sujeción, contención y restricción física son utilizados para hacer referencia a la limitación externa de la movilidad de las personas. La utilización de medidas que restringen el movimiento es más frecuente de lo que cabría esperar. Sin ir más lejos, un estudio señala que el uso de sujeciones en Europa se sitúa entre el 16,5% y el 38,5% en entornos de cuidados a largo plazo, mientras que otro estudio realizado en hospitales de agudos con 29.477 pacientes, encontró una prevalencia cercana al 9% (Ambrosi et al., 2021; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023; Thomann et al., 2021). Además, el tratamiento farmacológico es utilizado en ocasiones, junto con la contención física, como una forma de inhibición que afecta al comportamiento o movimiento de las personas (College of Nurses of Ontario, rev. 2009c; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; WHO, 2019).

Si bien la utilización de la contención mecánica puede ser frecuente, la eficacia de las mismas para prevenir caídas y lesiones no ha quedado probada. Además, éstas pueden acarrear complicaciones para la salud de las personas y problemas desde el punto de vista de ético o legal (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022; Evans, Wood, & Lambert, 2003; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

En el 2016, el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi señaló, en relación a la “humanización en situaciones de crisis”, la necesidad de reducir el uso de la contención mecánica, y en su caso, usar la contención según criterios terapéuticos y de seguridad clínica protocolizados (Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, 2016).

En la actualidad, teniendo en cuenta que existe evidencia de que las intervenciones organizativas dirigidas a la implementación de una política de sujeción mínima pueden reducir el número de personas con sujeción física (Möhler et al., 2023), el Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025, incide en “que la humanización, la atención basada en el valor, la excelencia en cuidados, la calidad y la seguridad de pacientes sean los elementos nucleares para lograr la excelencia de Osakidetza” y apuesta por un Modelo de Humanización (Plan estratégico de Osakidetza, 2023-2025; Modelo de Humanización Osakidetza, 2024). La Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 señala como objetivo específico “promover una adecuada dotación de los servicios de atención, con recursos materiales y de personal suficientes que eviten las medidas coercitivas” con la implementación de cambios estructurales y formación, así como “potenciar procedimientos específicos de intervención previos a la crisis” que incluyan medidas que reduzcan a lo imprescindible el uso de la contención y cuando sea necesario se procuren medidas lo menos restrictivas posibles (Estrategia de Salud Mental de Euskadi, 2023-2025). Por lo tanto, es importante que sigamos avanzando en la concienciación

sobre la importancia de trabajar en la prevención y reducción de las contenciones, desplazando los argumentos tradicionales que justificaban su uso, para situar a la persona, su voluntad y preferencias en el centro de su atención (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

En este sentido, este documento aborda una serie de recomendaciones en la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria, mediante provisión de unos cuidados centrados en la persona, bajo la premisa de “considerar el derecho de la persona”, desde la perspectiva de la humanización de los cuidados, la seguridad del paciente, la práctica basada en la evidencia, y considerando los aspectos éticos y legales (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2023). Es importante avanzar en un cambio de paradigma enfocado hacía un cuidado sin contención durante la atención sanitaria que contemple un abordaje integral de las necesidades de las personas que responda a los problemas de forma individualizada. Por ello, las y los profesionales de la salud debemos apostar por la implantación de estrategias para la prevención y reducción del uso de contenciones, y considerar la contención de forma excepcional para los casos que determina la ley, respetando los derechos de la persona, su autonomía, su privacidad y su dignidad (Boletín Oficial del Estado, 2007, 2021; Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022; Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2023).





## 2. Humanización de los cuidados

Una atención humanizada implica una atención excelente, proactiva y ética, centrada en la persona y basada en valores como el respeto, empatía, comunicación efectiva, trato personalizado teniendo en cuenta las expectativas de las personas y la toma de decisiones compartidas, adaptado a sus necesidades y entorno. La humanización de los cuidados y de la asistencia se encuentra presente en la línea 3 del Plan Estratégico 2023-2025 de Osakidetza, que pone en relieve la importancia de que la humanización, la atención basada en el valor, la excelencia, la calidad y seguridad sean elementos nucleares en la atención prestada (Plan Estratégico de Osakidetza, 2023).

Ante la existencia de dificultades durante la atención, es esencial un adecuado abordaje de las mismas, e intentar resolverlas por el bien de la relación terapéutica con la persona atendida. La relación entre profesional y paciente es un proceso interactivo donde intervienen variables personales de todas las personas implicadas. Para lograr un adecuado manejo de las dificultades que se presenten debe considerarse poner en marcha estrategias como “la identificación de posibles barreras, la definición de las mismas, el autocuidado del/la terapeuta, la aplicación de habilidades terapéuticas más concretas como informar, negociar y establecer límites”. Y en el caso de que estas medidas no funcionen plantear derivar a la persona a otro/a profesional (Merino, 2016).

Para realizar una atención humanizada hay que implicar a las personas en la toma de decisiones compartidas, se requiere una adecuada información y una revisión conjunta de los planes de atención, para decidir lo que se considera bueno para sí mismo, y si acepta o no un determinado tratamiento o intervención asistencial de cara a la planificación de los cuidados de salud (Voluntades Anticipadas. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2022).

Es importante tener en cuenta que el uso de contenciones mecánicas puede afectar a los derechos fundamentales de las personas, y por lo tanto, debe contemplarse como algo excepcional y temporal, debe ser realizado por personal especializado siguiendo un protocolo. Cabe recordar que la utilización de la contención de forma incorrecta impacta en la integridad, autonomía, dignidad e incluso la salud de la persona (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022, Ganzenmüller et al., 2010).

Pensando en la humanización en el trato de las personas, en relación a la contención, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020):

# Humanización en el trato de las personas en relación a la contención mecánica



Teniendo en cuenta lo mencionado, se considera necesaria la creación de **grupos multidisciplinares**, que incluya a los y las profesionales involucrados/as, la persona y la figura de apoyo, así como sus familiares, que velen por los derechos humanos de pacientes (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).





### 3. El cuidado integral

El **proceso de enfermería** es “la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los y las profesionales de enfermería prestar cuidados que demandan la persona, la familia y la comunidad de forma estructurada, lógica y sistemática” (Vázquez y Muñoz, 2020).

Dentro del proceso de enfermería, la **valoración** es vital para la realización de un plan de cuidados, ya que es la fase que permite identificar problemas de salud de cara a plantear diagnósticos de enfermería. La valoración (cognitiva, funcional y ambiental, emocional y sistemática) proporciona datos e información relevante, debe realizarse de forma individualizada con el/la paciente y debe ser continua a lo largo del proceso asistencial integral. Los datos obtenidos de pacientes o de su entorno pueden ser subjetivos, cuando son los que la persona siente, u objetivos, cuando se pueden cuantificar, medir y observar. Durante la entrevista, es importante obtener información específica, favorecer la relación con la persona, proporcionar al/la paciente información de interés e identificar problemas; para ello se utilizan técnicas verbales y no verbales (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012, Vázquez & Muñoz, 2020).

De cara a la prevención del uso de contenciones mecánicas, la valoración juega un papel esencial en la detección de factores predisponentes o desencadenantes que pudieran poner a la persona en una situación de riesgo. La evidencia menciona que enfermería debe “valorar al/ la paciente en el momento de su ingreso y posteriormente de forma continua, para **identificar posibles factores de riesgo** que puedan desembocar en el uso de contenciones” (nivel de evidencia IIb); de la misma forma, “emplear el juicio clínico y las herramientas de valoración validadas para evaluar a pacientes” (nivel de evidencia = IIb). Existen numerosos factores de riesgo señalados por la literatura que predisponen al uso de contenciones (ver tabla 1). Esto evidencia la necesidad de unos cuidados centrados en la persona y sus necesidades. La presencia de estos factores de riesgo debe ser registrada en la historia clínica y comunicarse al resto del equipo interprofesional, para poder elaborar un plan de cuidados que incorpore estrategias de prevención y reducción de contenciones (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012). En el Anexo 1 se encuentra una propuesta de algoritmo de actuación.

**Tabla 1. Factores de riesgo**

**FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES O DESENCADENANTES DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS**

Edad avanzada

Cambios cognitivos (delirium, demencia, síndrome vespertino, incapacidad para recordar instrucciones etc.)

Incapacidad o disminución de la capacidad comunicativa, déficits sensoriales

Incontinencia fecal y urinaria

Antecedentes de caídas o miedo a caídas

Múltiples ingresos, cirugía, procedimientos

Dependencia creciente, disminución de la movilidad, falta de dispositivos de ayuda

Comportamientos reactivos (ansiedad, antecedentes de auto y/o heteroagresividad, intranquilidad, etc.)

Factores ambientales (ruido, temperatura, entorno extraño, etc.)

Influencia de la medicación, efectos secundarios no previstos, abuso de alcohol y otras sustancias

Necesidades no satisfechas (ansiedad, miedo, hambre, dolor, sed, aseo)

Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (2012).

Para evitar situaciones que requieran el uso de una contención, es importante realizar una valoración y proporcionar un cuidado centrado en la persona, teniendo en cuenta sus intereses, personalidad, valores, creencias etc. Existen herramientas de apoyo que pueden utilizarse para conocer mejor a la persona, como por ejemplo, la que dispone Alzheimer's Society en su página web ([This is me | Alzheimer's Society \(alzheimers.org.uk\)](https://www.alzheimers.org.uk)) para ayudar a profesionales sanitarios a conocer mejor a una persona con demencia. Se trata de un folleto para anotar los antecedentes culturales y familiares de la persona, acontecimientos, personas y lugares importantes de su vida, sus gustos, aversiones y rutinas (Alzheimer's Society, 2024).

A continuación, se muestran diferentes ejemplos de **herramientas de valoración** (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012):

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) para la valoración de la agitación (Cohen-Mansfield, 1989).
- Sztaff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) para la agresividad (Tenneij, Goedhard, Stolker, Nijman y Koot, 2009).
- Instrumento START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) que permite valorar 7 áreas (violencia, suicidio, autolesión, abandono de sí mismo, ausencia no autorizada, consumo de estupefacientes y abusos por parte de terceros).
- Escala de violencia Broset para valorar la confusión, irritabilidad, alboroto, amenazas verbales, agresividad contra objetos).
- Escala HCR-20 (Historial-Clinical-Risk Management:20) permite valorar la agresividad en entornos psiquiátricos, correctivos o forenses/médico-legales.
- Herramientas para valorar alteraciones a nivel cognitivo (delirium, demencia y depresión) (Registered Nurses' Association of Ontario, rev 2010b).
- Herramientas para valorar el dolor (Registered Nurses' Association of Ontario, rev 2007a).
- Escala PEC (PANSS-EC "excited component") (Montoya et al., 2011).

En relación a la **valoración del riesgo de escalada a agresión o violencia** de una persona agitada es importante tener en cuenta los siguientes aspectos (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020):

- Nivel de gravedad del episodio de agitación.
- Antecedentes de agresión/violencia previa.

- Grado de impulsividad.
- Medios que dispone el/la paciente para lesionar/autolesionarse.
- Indicadores verbales y no verbales de agresividad: verbalización de deseo de agredir, posición de ataque, puños cerrados etc.

Tras la valoración, será necesario poner en marcha un **plan de cuidados** que enmarque los problemas identificados en la persona valorada, los resultados a obtener y las intervenciones que se desarrollarán para asegurar un adecuado cuidado. Para establecer el plan de cuidados es necesario considerar a la persona como interlocutora activa y la **toma de decisiones compartida**, salvo que su situación no le permita tener dicho papel, y se deba contar con la familia o red de apoyo.

En el proceso de cuidado, es preciso tener presente que **toda conducta tiene un significado con relación a una causa subyacente**. Por ello, es importante realizar valoraciones frecuentes y sistemáticas que evalúen la situación de la persona y su respuesta a los cuidados que se están realizando y, si procede, poner en marcha actividades que puedan ser efectivas en el manejo de pacientes, y en la reducción del riesgo de lesiones hacia sí o hacia otros/as y con menor riesgo para la persona que el uso de contenciones propiamente dichas.

El **diagnóstico enfermero** está definido como “un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona, familia, grupo o comunidad” (NANDA-I, 2021). Establecer el diagnóstico enfermero más adecuado es fundamental, ya que es la base para determinar las intervenciones de enfermería con el fin de conseguir los resultados sobre los que la enfermera tiene responsabilidad. Los indicadores de los resultados (NOC) permiten evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (Vázquez y Muñoz, 2020).

El **plan de cuidados** es “la guía de la evaluación y la valoración continua de los resultados clínicos y de la efectividad del tratamiento; es esencial para supervisar cualquier posible cambio en el/la paciente y garantizar que los objetivos de la intervención van en línea con los centrados en el/la paciente” (CCSMH, 2006; Registered Nurses’ Association of Ontario, rev. 2006b, rev. 2010<sup>a</sup>, rev. 2010b, 2012).

La **evaluación y supervisión continua** a lo largo del proceso asistencial permite identificar cambios o la aparición de resultados inesperados, algo importante de cara a la valoración y la revisión del plan de cuidados (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).

# El cuidado integral

El proceso de enfermería es “la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los y las profesionales de enfermería prestar cuidados que demandan la persona, la familia y la comunidad de forma estructurada, lógica y sistemática” (Vázquez y Muñoz, 2020).



## Dentro del proceso de enfermería...

La **valoración** es la fase que permite identificar problemas de salud de cara a plantear diagnósticos de enfermería.

Debe realizarse de forma individualizada con la persona y ser continua a lo largo del proceso asistencial integral.

La **evaluación y supervisión continua** permite identificar cambios o la aparición de resultados inesperados, algo importante de cara a la valoración y la revisión del plan de cuidados.



El **diagnóstico enfermero** es fundamental, ya que es la base para determinar las intervenciones de enfermería con el fin de conseguir los resultados sobre los que la enfermera tiene responsabilidad.

El **Plan de cuidados** enmarca los problemas identificados en la persona valorada, los resultados a obtener y las intervenciones que se desarrollarán para asegurar un adecuado cuidado.

Es necesario considerar a la persona como interlocutora activa y la toma de decisiones compartida, salvo que su situación no le permita tener dicho papel y se deba contar con la familia o red de apoyo.

**Tabla 2. Recomendaciones para la práctica**

La RNAO, remarca **el papel de la enfermería** frente a las contenciones y señala las siguientes recomendaciones para la práctica:

### RECOMENDACIONES DE LA RNAO

- 1** Enfermería debe **“establecer una relación terapéutica** con el/la paciente en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros/as para ayudar a prevenir el uso de contenciones” (nivel de evidencia IV) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 2** Enfermería debe **“valorar al/la paciente en el momento de su ingreso y posteriormente de forma continua para identificar posibles factores de riesgo que puedan desembocar en el uso de contenciones”** (nivel de evidencia IIb) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 3** Enfermería debe **“emplear el juicio clínico en las herramientas de valoración validadas para evaluar a pacientes que puedan precisar contenciones”** (nivel de evidencia IIb) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 4** Enfermería **“en colaboración con el equipo interprofesional y el/la paciente y sus familiares/representantes para la toma de decisiones, deben elaborar un plan de cuidados individualizado** que atienda a planteamientos alternativos al uso de contenciones” (nivel de evidencia IIb) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 5** Enfermería **“en colaboración con el equipo interprofesional, deben supervisar y reevaluar de forma continua el plan de cuidados** en función de la observación y/o de las inquietudes manifestadas por el/la paciente y sus familiares/representantes” (nivel de evidencia IV) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 6** Enfermería **“en colaboración con el equipo interprofesional, deben apoyarse en estrategias multicomponente para prevenir en lo posible el uso de contenciones** en pacientes que presenten riesgo” (nivel de evidencia IIa) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 7** Enfermería **“en colaboración con el equipo interprofesional, deben implantar técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis,** y poner en marcha recursos pertinentes para promover la seguridad y atenuar el riesgo de que el/la paciente o un tercero/a sufran cualquier daño cuando se intensifican las conductas reactivas” (nivel de evidencia IIb) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).
- 8** Enfermería **“en colaboración con el equipo interprofesional, debe incorporar prácticas que minimicen cualquier riesgo para la seguridad** y bienestar del/ de la paciente durante todo el tiempo que se estén adoptando contenciones” (nivel de evidencia IV) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).





## 4. Buenas prácticas

A lo largo de la literatura se han recomendado diferentes medidas de prevención, como por ejemplo, el manejo ambiental o técnicas de desescalada verbal como intervenciones de primera línea (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020).

El cuidado humanizado y la detección precoz de potenciales situaciones de riesgo para sí mismo/a o para otras personas fomentarán un cuidado sin contenciones. Es fundamental una valoración continua e intensificada para establecer intervenciones adaptadas a las necesidades de las personas. Además, mediante una interacción y comunicación adecuada podemos ayudar a las personas en la reestructuración de sus preocupaciones. El conocimiento y experiencia de las y los profesionales durante el proceso de relación terapéutica deben servir de ayuda en el aumento de la autonomía y la capacidad adaptativa de las personas con las que interactuamos. Es importante tener en cuenta que variables como la comunicación, el entorno y las relaciones son fundamentales en la interrelación que se produce entre las personas y, por lo tanto, inciden en las respuestas adecuadas ante diferentes situaciones. (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007).

A continuación, se muestran diferentes actuaciones basadas en la evidencia con el fin de fomentar el uso de estrategias que sirvan para prevenir el uso de medidas restrictivas. El orden propuesto no es secuencial y su elección estará determinada por el criterio clínico, las necesidades de la persona y el entorno, además de los recursos existentes. Es posible que en función de las necesidades de la persona sea necesaria una estrategia multicomponente con el objetivo de prevenir contenciones.

### 4.1. Establecimiento de una relación terapéutica

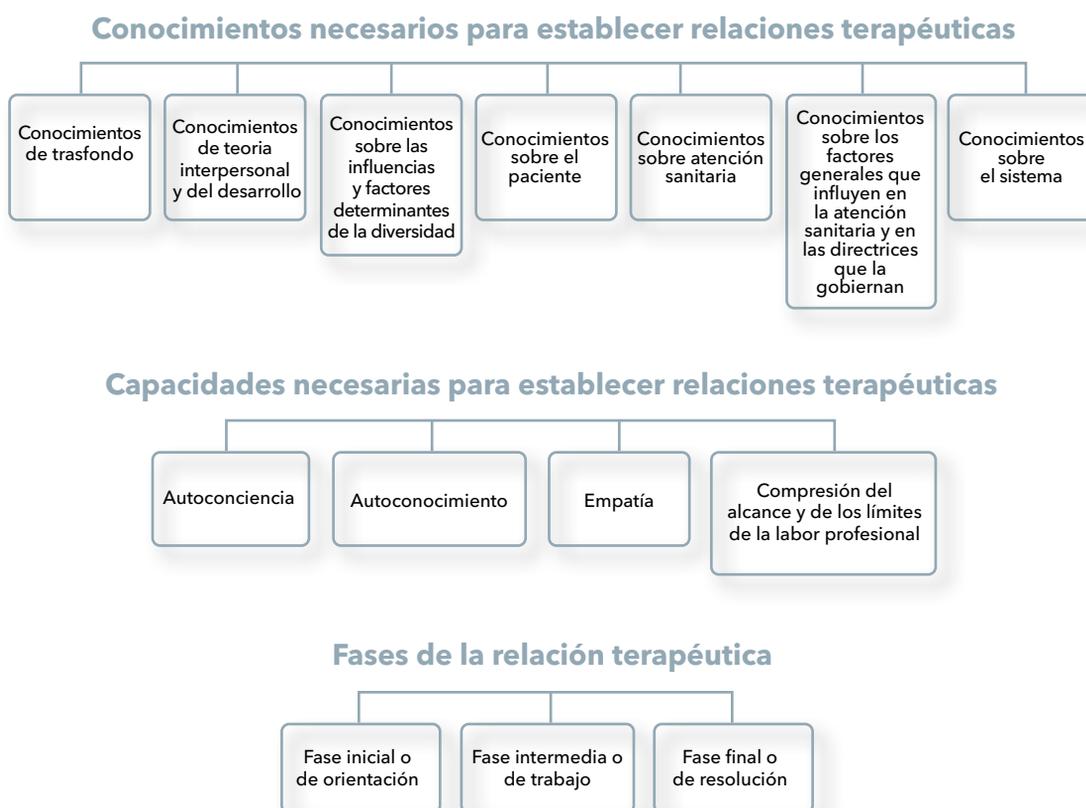
La relación terapéutica es un proceso interpersonal entre el/la profesional y paciente, es una relación intencional, con un objetivo y está orientada a conseguir el mejor resultado y mayor beneficio para la persona (Registered Nurses' Association of Ontario, rev. 2006c).

La relación terapéutica es fundamental y debe establecerse durante el proceso de atención, ya que es la base para generar confianza, favorecer la comunicación y entender el comportamiento de los/las pacientes (Registered Nurses' Association of Ontario, rev. 2006b, rev. 2006c, 2012). Contar con profesionales de referencia ayudará a la persona a establecer esa relación terapéutica. Es importante comprender la experiencia de las personas, lo que favorecerá aplicar medidas

o estrategias de distensión/resolución de conflictos y gestión de la crisis con el fin de evitar el uso de las contenciones mecánicas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Dentro del marco de aplicación de la relación terapéutica es importante tener en cuenta las fases de la misma. Asimismo, es fundamental que los y las profesionales adquieran los conocimientos necesarios para participar en una relación terapéutica efectiva y que ejerzan una práctica clínica reflexiva, que incluya la autoconciencia, el autoconocimiento y la comprensión del alcance y los límites de la labor profesional (ver figura 1) (Registered Nurses' Association of Ontario, rev. 2006c).

**Figura 1. Establecimiento de relaciones terapéuticas. RNAO 2006**



La relación terapéutica entre profesionales y pacientes, en el marco de la atención sanitaria, implica abordar sus preocupaciones y miedos con respecto a la salud. (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007). Hay que tener en cuenta que diferentes aspectos pueden influir en la eficacia de las dinámicas de relación. Los aspectos que pueden facilitar su desarrollo y evitar la aparición de interferencias van desde la configuración de los espacios favoreciendo la intimidad, la espontaneidad y

la confianza, hasta las habilidades que faciliten la expresión y elaboración de las inquietudes en relación a la salud (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007). La escucha terapéutica, la respuesta a las emociones y las necesidades insatisfechas de pacientes, y la atención centrada en la persona se consideran características clave de las estrategias para mejorar las relaciones interpersonales terapéuticas. (Kornhaber, 2016) Entre los elementos considerados como imprescindibles para establecer una relación adecuada en cualquier entorno profesional se encuentran la escucha y el respeto (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007):

- Escuchar es un proceso activo, supone: prestar atención a conductas tanto verbales como no verbales, evitar obstáculos que impiden desarrollar el proceso de escucha como juzgar, precipitarse en las intervenciones o estar más atento a las acciones profesionales a realizar que a lo que nos explica la persona (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007).
- El respeto es imprescindible y supone la aceptación del otro sin emitir juicios. El respeto se demuestra a través de conductas verbales y no verbales, fomentando que las personas se expresen de forma espontánea, sin desconfianza o vergüenza (Rigol Cuadra & Ugalde Apalategui, 2007).

Establecer una comunicación efectiva y empática, basada en el respeto y la confianza mutua, permite a la persona sentirse escuchada y comprendida, lo cual contribuye a evitar contenciones. La relación terapéutica también implica fomentar la autonomía de las y los pacientes y la toma de decisiones compartida durante la atención. Es fundamental la participación de las personas que atendemos en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento, de manera que se sienta parte activa de su proceso de recuperación.

La empatía y el establecimiento de una relación de confianza entre profesional y paciente son elementos clave para evitar el uso de contención física. El diálogo abierto y respetuoso, en el que se valoran las necesidades y preferencias de las personas, contribuye a generar sentimientos de seguridad y comprensión. Asimismo, es fundamental brindar un entorno físico y emocional seguro, en el que pacientes y profesionales se sientan protegidos/as y respaldados/as.

## 4.2. Vigilancia y manejo profesional

Además de lo señalado anteriormente sobre la importancia de la valoración de enfermería, en el apartado sobre el cuidado integral, es importante señalar que la vigilancia profesional juega un papel fundamental en la seguridad de las personas usuarias. El acompañamiento y supervisión profesional es fundamental, en pacientes vulnerables es importante intensificar la vigilancia para identificar de forma temprana necesidades básicas no satisfechas, como por ejemplo dolor, incontinencia, hambre, sed, sueño, así como realizar una detección precoz de posibles efectos adversos de la medicación, delirium, alteraciones de la conducta, etc. (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

En aquellos casos donde sea necesaria una mayor vigilancia profesional puede ser adecuado poner en marcha medidas concretas, como por ejemplo que se tengan en cuenta las necesidades de vigilancia/acompañamiento de personal a la hora de ubicarle dentro de la unidad. Cuando sea necesario intensificar la vigilancia profesional es importante que ésta se adapte a las condiciones de las personas, respetando su privacidad y su espacio personal, permitiendo que se lleve a cabo “una recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del/ de la paciente para la toma de decisiones clínicas” que permita establecer un plan de cuidados individualizado con las acciones que sean necesarias en función de su estado y teniendo en cuenta sus preferencias (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Wagner et al., 2023).

**Respecto al manejo profesional**, es importante tener en cuenta los factores de riesgo o desencadenantes del uso de contenciones mecánicas o físicas, señalados por la literatura y descritos en el apartado sobre el cuidado integral. Cabe recordar que “el delirium, la demencia, la depresión y la confusión con o sin deambulación son todos ellos factores de riesgo de uso de contenciones” (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Por ello, es importante conocer que dentro las diferentes estrategias que podemos poner en marcha las siguientes, además de las señaladas a lo largo de este documento:

- Manejo de necesidades no satisfechas (p.ej. ansiedad, miedo, hambre, dolor, sed, aseó) (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).
- Prevención de caídas: Osakidetza elaboró una serie de recomendaciones basadas en evidencia para la prevención y tratamiento de las caídas, las cuales se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [https://osakidetza.sharepoint.com/sites/Osakidetza\\_SaludAtencion/SitePages/poblacion-especifica/pam.aspx](https://osakidetza.sharepoint.com/sites/Osakidetza_SaludAtencion/SitePages/poblacion-especifica/pam.aspx)

- Manejo del delirium, demencia, la depresión y la confusión: Además de lo ya trabajado por las Organizaciones Sanitarias de Osakidetza en este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermería incluye diferentes intervenciones a considerar (Wagner et al., 2023).

**En relación a la confusión aguda/delirium**, el hospital de Ottawa señala diferentes ejemplos de medidas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012):

- Revisión de la medicación.
- Revisión de causas subyacentes.
- Medidas de alivio del dolor/comfort.
- Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano.
- Uso del aseo de forma regular (empezar con pauta cada 2 horas).
- Horario normal/rutina individual.
- Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío.
- Letreros en el entorno (p. ej. puerta del aseo).
- Aumento/disminución de la interacción social.
- Dirigir con instrucciones sencillas.
- Contacto con delicadeza.
- Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento.
- Implicación de la familia en la planificación de los cuidados.
- Horario de siestas diarias.
- Alarmas-cama/silla/puerta.
- Habitaciones sin obstáculos.
- Luz nocturna.

**Respecto a la prevención del delirium**, otras estrategias señaladas por la literatura son (Hshieh et al., 2015):

- Tratamiento del dolor.
- Actividades de estimulación cognitiva.

- Comunicación orientativa.
- Deambulación o ejercicios activos de amplitud de movimiento.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Prevención de la incontinencia inducida.
- Ayuda en la alimentación y estímulo durante las comidas.
- Limpieza del cerumen según sea necesario.
- Reducción del ruido y permitir un sueño ininterrumpido.
- Ayudas visuales (gafas, lentes de aumento) y equipos de adaptación (teclados telefónicos grandes e iluminados, libros con letra grande, cinta fluorescente en el timbre de llamada), con refuerzo diario de su uso.

**En relación al deterioro cognitivo**, como el que puede darse en la demencia, la intervención de enfermería (NIC) “manejo de la demencia” y la bibliografía aportan diferentes medidas (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012):

- Aseo regular.
- Horario normal/rutina individual.
- Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío.
- Letreros en el entorno (p. ej. puerta del aseo).
- Aumento de la interacción social.
- Dirigir con instrucciones sencillas.
- Contacto con delicadeza.
- Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento.
- Implicación de la familia en la planificación de los cuidados.
- Actividades de entretenimiento: mascotas, música, puzzles, manualidades, naipes, aperitivos, etc.
- Reminiscencia.

## Guía de recomendaciones para la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria

- Horario de siestas diarias.
- Deambulación permitida (paseos cortos).
- Alarmas-cama/silla/puerta.
- Habitaciones sin obstáculos.
- Luz nocturna.
- Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano.

Estos son algunos ejemplos, pero para cualquier estrategia que se plantee se recomienda tener en cuenta la existencia de componentes fisiológicos y psicológicos, realizar una valoración integral, intentar detectar patrones u origen de la conducta, así como tener en cuenta el siguiente modelo de actuación (Johnson & Hauser, 2001; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012):

- Observar y comprender adecuadamente las necesidades de la persona.
- Tener en cuenta los factores ambientales que pueden contribuir en su comportamiento.
- Evaluar el significado de su conducta.
- Intervenir con la medida más adecuada que pueda satisfacer sus necesidades.

## 4.3. Plan individual de prevención de contención mecánica en el ámbito hospitalario de salud mental

### 4.3.1. PLAN CONFORT

Se trata de un plan individualizado, específico y voluntario, para personas con riesgo de conductas auto y/o heteroagresivas. Se recomienda su realización durante la entrevista de enfermería, tras la valoración del Dominio 11, de Seguridad, y siempre que exista el riesgo anteriormente mencionado.

Este plan se realizará de forma conjunta con la persona y no tiene por qué ser en el momento del ingreso, sino en un momento en el que ésta esté tranquila y abordable, pudiendo dedicarle el tiempo necesario para una valoración completa.

#### EL PLAN CONFORT

##### PERMITE

- Recoger las señales de estrés y los desencadenantes (aspectos que molestan o que pueden generar una crisis en salud mental).
- Conocer medidas que alivian y reconfortan a la persona, así como preferencias sobre su atención.

##### VA ORIENTADO

- A planificar diferentes estrategias, teniendo como base las necesidades y preferencias de la persona.

Una vez recogido el plan confort, tiene utilidad tanto para el/la profesional, como herramienta de ayuda, proporcionando información a considerar en caso necesario; como para la persona, ya que tiene en cuenta las medidas de confort, que ella misma ha confeccionado y se le podrán ofrecer en un momento determinado (ver figura 2) (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

El registro del Plan Confort se realiza en el apartado de formularios, dentro de Osabide global.

Figura 2. Plan confort. Promoción de la seguridad. Alternativas al uso de contenciones RNAO, 2012

### Anexo T: Ejemplo: Plan de confort - Programa de salud mental y adicciones

#### PLAN DE CONFORT

He desarrollado este plan con mi enfermera \_\_\_\_\_ u otro prestador de cuidados \_\_\_\_\_  
(nombre de la enfermera) (nombre de la persona)

**Etiqueta de identificación** (no etiquetar la copia personal del individuo)

Me gusta que me llamen \_\_\_\_\_

##### Mis señales de estrés

Las señales de alerta que pueden ver los demás cuando estoy molesto o perdiendo el control son:

- Sudar
- Llorar
- Respirar fuerte
- Dar gritos
- Hacer daño a otros
- Lanzar objetos
- Dar paseos
- Hacerme daño a mí mismo
- Rechinar los dientes
- Descuidarme
- Echar a correr
- Apretar los puños
- Decir palabrotas
- No comer
- Comer demasiado (darme atracones)
- Ser grosero
- Otros \_\_\_\_\_

##### Medidas de alivio y confort

Estas 5 actividades me ayudan cuando paso por un mal momento

- Escuchar música
- Leer un libro
- Envolverme en una manta
- Escribir en un diario
- Ver la TV
- Hablar con el personal
- Hablar con compañeros de la unidad
- Llamar a un amigo o familiar
- Darme una ducha o un baño
- Hacer ejercicio
- Dar paseos por los pasillos
- Irme de paseo
- Beber algo
- Comer ciertas cosas
- Hacer manualidades
- Medicación
- Leer textos religiosos/espirituales
- Escribir una carta
- Abrazar un peluche
- Pasar tiempo en habitación de reposo
- Otros \_\_\_\_\_

##### Mis desencadenantes (cosas que me irritan)

Algunas cosas me irritan, me molestan o me hacen tener una crisis

- Que me toquen
- Personas de seguridad con uniforme
- Que me griten
- Los ruidos fuertes
- Que me apliquen contenciones
- Tener hambre
- Estar cansado
- Que el personal me diga que vuelva más tarde
- Que me llamen cosas, me hagan burla
- Que me obliguen a hacer algo
- La fuerza física
- El aislamiento
- las amenazas
- La ansiedad
- La soledad
- La violación del espacio personal
- El contacto con personas que me molestan
- Que mientan sobre mí
- Otros \_\_\_\_\_

##### Aislamiento y contenciones

En caso de emergencia se puede usar el aislamiento y/o la contención como último recurso. En emergencias, creo que estas medidas son útiles para intentar evitar el aislamiento/las contenciones

- Sala de reposo
- Sala de ejercicio
- Medicamentos orales
- Inyección de emergencia
- Otros \_\_\_\_\_

Ya he sido sometido a medidas de aislamiento y/o contención anteriormente.

Sí  No

##### Medicamentos

Si necesito o quiero medicación para calmarme, estos son los fármacos de mi preferencia:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

##### Contacto físico

Me ayuda que me toquen cuando estoy molesta

Sí   
 No

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Soy consciente de que los empleados pueden preferir no tocarme

##### Cuestiones de género

Soy consciente de que el género del personal está fuera de mi control pero en una emergencia prefiero hablar con

- Un profesional
- Una profesional

si es posible

### 4.3.2. PLAN DE DISTENSIÓN PERSONAL

Un Plan de distensión personal (ver figura 3) recoge problemas conductuales, desencadenantes, señales de alerta, así como intervenciones que se pueden llevar a cabo para reducir la tensión ante conductas reactivas. Este plan se debe realizar en consenso con las personas que atendemos previamente y donde la situación de la persona y su estado psicopatológico posibiliten su participación (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Figura 3. Plan de distensión personal. RNAO, 2012

## Anexo R: Ejemplo: Plan de distensión personal

### PLAN DE DISTENSIÓN PERSONAL

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### PROBLEMAS CONDUCTUALES: ¿Qué tipo de comportamiento considera que son un problema?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perder el control | <input type="checkbox"/> Comportamiento de agresión         | <input type="checkbox"/> Contenciones/aislamiento            |
| <input type="checkbox"/> Sentirme inseguro | <input type="checkbox"/> Huir                               | <input type="checkbox"/> Tener pensamientos suicidas         |
| <input type="checkbox"/> Autolesionarme    | <input type="checkbox"/> Llevar a cabo intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> Abusar de estupefacientes o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Otros _____       |   |  |

#### DESENCADENANTES: ¿Qué tipo de cosas (desencadenantes) le hacen sentir inseguro o molesto?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No ser escuchado                        | <input type="checkbox"/> Sentirse presionado                        | <input type="checkbox"/> Ser tocado           |
| <input type="checkbox"/> Falta de privacidad                     | <input type="checkbox"/> Personas gritando                          | <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes       |
| <input type="checkbox"/> Sentirse solo                           | <input type="checkbox"/> Discusiones                                | <input type="checkbox"/> No tener el control  |
| <input type="checkbox"/> La oscuridad                            | <input type="checkbox"/> Ser aislado                                | <input type="checkbox"/> Ser mirado fijamente |
| <input type="checkbox"/> Contacto con la familia                 | <input type="checkbox"/> Que me tomen el pelo o me importunen _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Momento del día/noche en concreto _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> Momento del año en concreto _____       |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                             |   |   |

#### SEÑALES DE ALERTA: Describe cuáles son sus señales de alerta: Por ejemplo, ¿qué observan otras personas cuando Vd. empieza a perder el control?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sudoración                | <input type="checkbox"/> Respiración fuerte               | <input type="checkbox"/> Pulsaciones aceleradas    |
| <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes       | <input type="checkbox"/> Puños apretados                  | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento en la cara |
| <input type="checkbox"/> Retorcimiento de manos    | <input type="checkbox"/> Tono de voz alto                 | <input type="checkbox"/> Muchas horas de sueño     |
| <input type="checkbox"/> Movimiento de piernas     | <input type="checkbox"/> Balanceo                         | <input type="checkbox"/> Deambulación              |
| <input type="checkbox"/> Posición en cuclillas     | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de sentarse quieto | <input type="checkbox"/> Palabrotas                |
| <input type="checkbox"/> Llanto                    | <input type="checkbox"/> Aislamiento/conducta evasiva     | <input type="checkbox"/> Nerviosismo               |
| <input type="checkbox"/> Abandono de mí mismo      | <input type="checkbox"/> Daño a mí mismo                  | <input type="checkbox"/> Daño a terceros           |
| <input type="checkbox"/> Canto de forma inadecuada | <input type="checkbox"/> Menos horas de sueño             | <input type="checkbox"/> Menos apetito             |
| <input type="checkbox"/> Más apetito               | <input type="checkbox"/> Conducta grosera                 | <input type="checkbox"/> Risa fuerte/atolondrada   |
| <input type="checkbox"/> Otros _____               |   |  |

#### INTERVENCIONES: ¿Hay algo que le ayude a calmarse o sentirse a salvo?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso en mi habitación | <input type="checkbox"/> Escuchar música                         | <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso en la sala de reposo     |
| <input type="checkbox"/> Leer                                | <input type="checkbox"/> Sentarme con el personal                | <input type="checkbox"/> Ver la TV                                   |
| <input type="checkbox"/> Dar paseos                          | <input type="checkbox"/> Hablar con compañeros                   | <input type="checkbox"/> Hablar con el personal                      |
| <input type="checkbox"/> Colorear                            | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio                         | <input type="checkbox"/> Llamar a un amigo (¿quién?)                 |
| <input type="checkbox"/> Abrazar un peluche                  | <input type="checkbox"/> Escribir en un diario                   | <input type="checkbox"/> Llamar a un familiar (¿quién?)              |
| <input type="checkbox"/> Darme una ducha caliente            | <input type="checkbox"/> Darme una ducha fría                    | <input type="checkbox"/> Modelar arcilla                             |
| <input type="checkbox"/> Envolverme en una manta             | <input type="checkbox"/> El humor                                | <input type="checkbox"/> Poner las manos bajo el chorro de agua fría |
| <input type="checkbox"/> Tumbarme                            | <input type="checkbox"/> Romper papel                            | <input type="checkbox"/> Gritar contr a una almohada                 |
| <input type="checkbox"/> Ponerme un paño frío sobre la cara  | <input type="checkbox"/> Usar hielo                              | <input type="checkbox"/> Darle puñetazos a una almohada              |
| <input type="checkbox"/> Hacer respiraciones profundas       | <input type="checkbox"/> Que me cojan la mano                    | <input type="checkbox"/> Llorar                                      |
| <input type="checkbox"/> Recibir un abrazo                   | <input type="checkbox"/> Salir a pasear                          | <input type="checkbox"/> Hablar con un terapeuta                     |
| <input type="checkbox"/> Pintar                              | <input type="checkbox"/> Apretar plástico de burbujas            | <input type="checkbox"/> Que me lean una historia                    |
| <input type="checkbox"/> Hacer un collage                    | <input type="checkbox"/> Estar con otras personas                | <input type="checkbox"/> Botar una pelota (en sala de reposo)        |
| <input type="checkbox"/> Jugar a las cartas                  | <input type="checkbox"/> Contar con apoyo del personal masculino | <input type="checkbox"/> Contar con apoyo del personal femenino      |
| <input type="checkbox"/> Videojuegos                         | <input type="checkbox"/> Gimnasio                                | <input type="checkbox"/> Realizar tareas/trabajos especiales         |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                         |  |  |

#### ¿Hay algo que NO le ayude a calmarse o sentirse a salvo?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estar solo               | <input type="checkbox"/> Tono de voz alto                 | <input type="checkbox"/> Humor        |
| <input type="checkbox"/> Que no me escuchan       | <input type="checkbox"/> Tener mucha gente a mi alrededor | <input type="checkbox"/> Ser ignorado |
| <input type="checkbox"/> Que me falten al respeto | <input type="checkbox"/> Burlas                           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Otros _____              |   |                                       |

#### PUNTOS FUERTES: ¿Cuáles son sus puntos fuertes cuando siente que pierde el control?

\_\_\_\_\_

#### HABILIDADES: ¿Qué habilidades tiene/en qué es bueno?

\_\_\_\_\_

#### OTROS:

¿Es capaz de comunicarse con el personal cuando pasa por un mal momento? Si no es así, ¿qué puede hacer el personal para ayudarle en esos momentos?

\_\_\_\_\_

#### ¿Qué tipo de incentivos le funcionan?

\_\_\_\_\_

#### PLANES ESPECIALES: Haga una lista de planes especiales que le ayuden (cosas que ha probado en el pasado o que le gustaría probar

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma profesional: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## 4.4. Gestión/control de dispositivos y material sanitario

Los dispositivos (tubos, sondas, etc.) utilizados durante la atención sanitaria pueden ser una fuente de incomodidad, algo que puede conllevar a un intento de retirada del dispositivo con el consiguiente riesgo para la persona. La gestión/control de los dispositivos busca intentar evitar esto en la medida de lo posible. Para ello, la evidencia recomienda lo siguiente (Happ, 2000; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012):

- Reducción de dispositivos:
  - Suspender la utilización de aquellos dispositivos no vitales.
  - Sustitución por un dispositivo menos restrictivo/menos intrusivo.
- Ocultación de dispositivos:
  - Batas de manga larga.
  - Mangas acolchadas de protección de dispositivos o protector de sistema intravenoso.
  - Faja abdominal.
  - Apartar las sondas del campo visual.

Es importante informar sobre los dispositivos (función, alternativas y complicaciones derivadas del uso) tanto a pacientes como a familiares/red de apoyo, la comunicación con las personas y promover el acompañamiento siempre que sea posible.

## 4.5. Acompañamiento de la familia/red de apoyo

La coordinación y comunicación continua con las personas usuarias y su familia/red de apoyo es importante para que la atención sanitaria sea efectiva (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). La evidencia recomienda “educar al/la paciente y a sus familiares/representantes para la toma de decisiones sobre los riesgos asociados al uso de contenciones, y explorar con ellos/as qué concepto de seguridad tienen” (nivel de evidencia Ib). Asimismo, se recomienda “promover un enfoque de colaboración entre el equipo interprofesional y la persona, sus familiares/representantes para la toma de decisiones que fomente el uso de

planteamientos alternativos y prevenga el uso de contenciones” (nivel de evidencia III) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).

Dentro de las estrategias no restrictivas, se recomienda la presencia de familiares o de un/a cuidador/a acompañante en el entorno de la persona atendida (Happ, 2000; Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012). Esta intervención ya se contempla en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), bajo la denominación “Facilitar la presencia de la familia” con el objetivo de favorecer el apoyo a la persona que se atiende (Wagner et al., 2023).

Para promover ese acompañamiento es fundamental trabajar con la red de apoyo en la importancia de su presencia desde el primer contacto con el sistema sanitario y, para ello, es importante que se implique todo el equipo asistencial. Las personas con deterioro cognitivo pueden beneficiarse de visitas regulares, por lo que en determinados casos puede ser necesario valorar y plantear una ampliación de horario de visita en beneficio de la persona usuaria (Hshieh et al., 2015). Asimismo, si bien es preferible que la persona esté acompañada por personas conocidas, en ausencia de una red de apoyo se pueden valorar otras posibilidades de cara a facilitar un acompañamiento (p.ej. contacto con asociaciones, voluntariado etc.).

## **4.6. Ambiente terapéutico: estrategias ambientales y entorno**

La agitación o la ansiedad en ocasiones pueden estar relacionadas con factores ambientales, por ello, es importante considerar el entorno como un elemento que influye en el estado de las personas (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012).

La humanización del ambiente terapéutico y las estrategias ambientales y entorno persigue la transformación, organización y distribución de los espacios e infraestructuras con la finalidad de proporcionar un medio confortable, accesible, acogedor y amable tanto para las personas que atendemos como para profesionales. Se lleva a cabo a través de la minimización de las barreras arquitectónicas y sensoriales; de la mejora del confort tanto ambiental como físico de diferentes espacios como son las habitaciones, las zonas de descanso, las áreas de trabajo, las zonas al aire libre entre otros; y de la promoción de espacios y herramientas que favorezcan también el ocio de los/las usuarios/as (Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2022; Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2020).

En relación a los espacios terapéuticos, como dimensión del ambiente terapéutico, buscan proveer de mayor seguridad y confort y tiene un efecto importante sobre las personas que conviven en él (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Para que el espacio físico sea terapéutico, es fundamental encontrar el equilibrio entre aspectos como la seguridad, la privacidad y la dignidad (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Existen una serie de requisitos en cuanto a ubicación, infraestructura y mobiliario, y es fundamental contar con los y las profesionales, las personas que atendemos y familiares para las reformas y mejoras de los espacios (Grupo de trabajo unidad de Hospitalización psiquiátrica de Hospital General, 2001).

Entre las recomendaciones se encuentran (Junta de Andalucía, 2021; Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2022; Hshieh et al., 2015; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Sharifi et al., 2021; Wagner et al., 2023):

- Crear un ambiente limpio, seguro y eliminar los riesgos ambientales.
- Dimensiones apropiadas de los espacios.
- Disponer de un mobiliario conforme a las necesidades de las personas que los usan (camas bajas, colchones especiales, almohadillas en el suelo, mobiliario con frenos, etc.)
- Medidas para controlar espacios ciegos, salvaguardando el derecho a la privacidad e intimidad de la persona.
- Proporcionar una decoración armoniosa con colores neutros.
- Fomentar el uso de imágenes de la naturaleza.
- Promover la posibilidad de conexión visual con el exterior, entrada de luz natural o iluminación apropiada, provisión de relojes y calendarios que favorezcan los ciclos circadianos y la orientación temporal.
- Disponer de espacios al aire libre para quienes no puedan o no quieren dejar de fumar.
- Crear espacios de descanso y socialización.
- Acondicionar patios interiores y cubiertas para hacer zonas ajardinadas y de ocio.
- Habilitación de espacios de ocio, ejercicio y relajación en hospitalización.
- Fomento de la salida de pacientes hospitalizados/as, cuando su situación clínica lo permita, a patios o espacios exteriores.

- Proveer de habitaciones individuales en hospitalización siempre que sea necesario y especialmente para personas en situación vulnerable o con necesidades concretas.
- Reubicación más cerca del control de enfermería, cuando sea necesario.
- Permitir la personalización de las habitaciones.
- Medidas para favorecer el confort térmico, lumínico y acústico en las distintas áreas del centro.
- Control del nivel de ruido que permita creación de ambientes silenciosos.
- Utilización de tecnologías como monitores, videocámaras o sensores de movimiento.
- Disponer de sistemas de alarmas (p.ej. en sillas, camas etc.).
- Disponer de timbres e interruptores al alcance y visibles (p. ej. timbres con cinta fluorescente)
- Favorecer la distracción y acompañamiento de las personas hospitalizadas, de manera que existan zonas y herramientas que ayuden al entretenimiento y a disminuir su sensación de aislamiento y estrés.
- Baño fácilmente localizable.
- Acceso a dispositivos de ayuda cuando sea necesario.
- Colocar objetos de uso frecuente al alcance de la persona.
- Promoción del acceso a material divulgativo, cultural y de entretenimiento.
- Determinar fuentes de incomodidad.

## **4.7. Sala confort sensorial o sala de baja estimulación en salud mental**

La sala confort sensorial o sala de baja estimulación es un espacio creado para las personas ingresadas. Se trata de un recurso que puede ser de ayuda en el manejo de la ansiedad y evitar que aumente la escalada de agitación, puede favorecer la relajación y potenciar la participación activa de las personas en su proceso de cuidados (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Hedlund et al., 2019; Wale, 2011; MacDaniel, 2009).

Este recurso puede ser solicitado por la persona ingresada de forma voluntaria o puede ser sugerido por el equipo asistencial cuando se considere oportuno, bien como medida de distracción o como una herramienta terapéutica para realizar desescalada verbal.

## Guía de recomendaciones para la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria

La sala debe ser un entorno que favorezca la sensación de bienestar, de cara a su localización y equipamiento. La decoración y los elementos que debe tener la sala es un aspecto muy importante, es recomendable que la decoración se base en tonos suaves y relajantes, que los muebles y demás elementos sean confortables (p.ej. sofá relax, mecedora, pelotas de diversos tamaños, colchonetas, manta ponderada etc.), que la iluminación y la temperatura sean confortables, que disponga de proyector, equipo de música, etc. Dicha sala debe ser versátil y adaptarse a las necesidades de las personas, siendo recomendable que ofrezca diferentes opciones que faciliten la relajación como la aromaterapia, cromoterapia, etc. (Hedlund et al., 2019; MacDaniel, 2009; Wale, 2011).



Fotografía cedida por la Red de Salud Mental de Araba (Osakidetza).

Para el uso de la sala es necesario contar con un procedimiento sobre el uso de la misma adaptada a cada unidad, que incluya una ficha de preferencias de cuidado en situación de crisis y de preferencias sensoriales de la persona para tenerlas en cuenta con antelación y poder ofrecer una mejor experiencia (MacDaniel, 2009).

Asimismo, es importante usar una escala de medida de la agitación, como por ejemplo la Escala de agitación PEC, ya que no se recomienda utilizar la sala confort sensorial o sala de baja estimulación ante la presencia de gran agitación y/o riesgo inminente de agresión auto y/o heterodirigida (Montoya et al., 2011).

Cabe señalar, que la utilización de este recurso no puede ser de forma aislada, se encuadra en un contexto donde también se considera necesario lo siguiente:

- Tener una relación terapéutica con la persona, centrada en ella, en sus necesidades y sus derechos (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Megías-Lizancos et al., 2016; World Health Organization, 2013).
- Un plan de cuidados individualizado teniendo en cuenta sus preferencias sensoriales y de cuidado en situación de crisis (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; MacDaniel, 2009; García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020).

- Proporcionar enseñanza sensorial y estrategias de autocontrol que tranquilicen (MacDaniel, 2009).
- Tener formación y manejo por parte del/la profesional en desescalada verbal y una actitud de deseo de comprender la necesidad de la persona ya que se precisa una intervención temprana y proactiva con desescalada verbal en las primeras etapas de la escalada conductual (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).
- Poseer conocimiento de la curva de escalada conductual (calma, desencadenante, agitación, aceleración, cima, desescalada, recuperación) para realizar una intervención temprana. Cuando comienza la escalada conductual se le invita a entrar en la sala a relajarse utilizando la desescalada verbal (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; Megías-Lizancos et al., 2016; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

## 4.8. Ocio terapéutico

El ocio terapéutico consiste en el uso de actividades creativas con la finalidad de producir un efecto terapéutico en la esfera física, emocional, cognitiva y social de los individuos con problemas o necesidades especiales. El ocio terapéutico persigue fomentar el desarrollo y crecimiento del individuo, capacitar a la persona asumiendo su responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio y producir un cambio en la conducta promoviendo hábitos de vida más saludables (Gorbeña, 2000; Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007; Morales & Bravo, 2006; S. Gorbeña et al., 1997). Además, en el caso de las personas mayores, su participación en actividades sociales, la programación de las tareas o la interacción con otras personas cobran especial relevancia puesto que la evidencia señala que se muestran como factores protectores frente al desarrollo de deterioro cognitivo, ayudan a mejorar su estado de ánimo e influyen en su calidad de vida (Rodríguez et al., 2022).

El ocio terapéutico en el ámbito clínico, tanto a nivel hospitalario como comunitario, cumple las siguientes funciones (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007; Morales & Bravo, 2006):

- Facilitar y mantener el desarrollo y la expresión de un apropiado estilo de ocio para personas con limitaciones de tipo físico, mental, emocional o social.
- Fomentar el desarrollo de la autonomía y la capacidad de elección.
- Potenciar las habilidades sociales.
- Favorecer la creatividad, la apertura hacia nuevos intereses y actividades permitiendo desarrollar capacidades que no son usadas de forma cotidiana.
- Promover la capacidad de disfrute lúdico.

- Favorecer la recuperación de la autoestima y la seguridad en uno/a mismo/a.
- Facilitar la inclusión y la integración social de las personas con alteraciones de tipo físico, mental, emocional o social.
- Favorecer al establecimiento del intercambio y el contacto, potenciando los aspectos individuales, los sociales y relacionales.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.

El ocio terapéutico se lleva a cabo a través de programas promovidos por el equipo asistencial o en colaboración con otras entidades, intentando eliminar barreras para el ocio desde el ámbito clínico (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007; Morales & Bravo, 2006) Para que una actividad de ocio cumpla un objetivo terapéutico debe cumplir las siguientes condiciones (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007; Morales & Bravo, 2006):

- Voluntariedad.
- Capacidad para producir una vivencia placentera, creativa, constructiva y recuperadora, potenciar el desarrollo de la autonomía y desarrollar una actitud positiva hacia la vida.

Se trata de desarrollar los programas para la realización de actividades que favorezcan el cambio en función de las necesidades de la persona, de sus prioridades y sus objetivos (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007). Para ello, es preciso reacondicionar espacios que permitan la puesta en marcha de actividades de ocio terapéutico. Existen diferentes tipos de actividades, como son (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007):

- **Actividades físico-deportivas:** ejercicios que favorezcan la relajación como estiramientos, liberación de tensión, canalización de la energía, conciencia corporal, equilibrio, coordinación, etc. Estas actividades pueden llevarse a cabo en salas acondicionadas con material deportivo como máquinas (cinta, bicicleta, gomas elásticas, pelotas...) o realizar la actividad física en espacios al aire libre siempre que la situación clínica y organizativa lo permita. Disponer de material divulgativo en forma de póster u otros medios audiovisuales (videos, infografías, etc.) con diferentes rutinas de ejercicio que permitan la puesta en marcha de los ejercicios de forma autónoma.
- **Actividades culturales:** sección de lectura, periódico, cine...
- **Actividades cognitivas:** recoge todas aquellas actividades que requieran atención, concentración, resolución de problemas de complejidad gradual.
- **Actividades creativas:** a través de la pintura, de la manipulación de objetos, fomento de la escritura.

El conjunto de las actividades puestas en marcha dentro del contexto de ocio terapéutico debe someterse a una evaluación continua, recogiendo los beneficios

de la actividad objetivos y subjetivos percibidos por la persona. Se evalúa su participación, preferencias y la repercusión en su bienestar psicosocial, así como el desarrollo de sus capacidades (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Dichas actividades de ocio terapéutico deben ser promovidas y crear espacios adecuados en todos los ámbitos de atención de las personas en el contexto sanitario, no excluyendo lugares tradicionalmente olvidados, como los hospitales de agudos, como se recoge en la literatura existente (Adam-Castelló et al., 2023).

## 4.9. Desescalada verbal

La desescalada verbal consiste en la utilización de una serie de estrategias de aproximación a la persona agitada buscando reducir progresivamente el nivel de agitación (Marín Rodríguez & García Sastre, 2017), con la finalidad de lograr su tranquilización rápida facilitando la desescalada de la agitación con una disminución de riesgos, minimizando así la posibilidad de que la persona pase a la acción y potenciando la recuperación del autocontrol (Megías-Lizancos et al., 2016), facilitando la exteriorización de sentimientos y pensamientos, así como el establecimiento de límites de conducta, ayudando a la persona a que pueda mantener o reestablecer el control evitando el uso de medidas coercitivas (Richmond et al., 2012).

**La desescalada verbal se considera la primera línea de intervención en el manejo de la persona agitada (Richmond et al., 2012).**

Se recomienda que sea únicamente un/una miembro del personal quien inicie la contención verbal, preferiblemente el/la profesional con mayor vínculo con la persona, con mayor experiencia o mayor entrenamiento en técnicas de desescalada (Richmond et al., 2012).

Se lleva a cabo a través de una intervención basada en estrategias de comunicación verbal y no verbal desarrollada en 10 dominios establecidos en el Proyecto “Buenas Prácticas para la Evaluación y Tratamiento de la Agitación” (BETA), desarrollado por la Asociación Americana de Urgencias Psiquiátricas, con la finalidad de crear nuevas directrices para trabajar con personas agitadas que no solo resulten eficaces y seguras, sino que sean satisfactorias para los intereses de la propia persona (Richmond et al., 2012). Precisa del uso de habilidades de comunicación efectiva sobre todo en los inicios de la escalada conductual, a través del establecimiento de un vínculo terapéutico de colaboración para resolver el conflicto en un espacio seguro y que favorezca intimidad del resto de pacientes, captando así la atención de la persona e informándola de la conducta de control que esperamos (Marín Rodríguez & García Sastre, 2017).

## Los 10 dominios de la desescalada verbal

Megías-Lizancos. et al., 2016; Holloman & Zeller, 2012; Marín Rodríguez & García Sastre, 2017; Richmond et al., 2012

- 1 Respetar a la persona y su espacio personal**  
Favorecer la seguridad manteniendo una distancia aproximada de 2 metros y situándose en ángulo no dominante de ella.
- 2 Evitar actitud provocadora**  
Mostrar una actitud positiva, abierta y tranquila, una expresión facial relajada y mirada no invasiva, utilizar un tono de voz suave y seguro y una postura corporal abierta, mostrando las manos y evitando cruzar los brazos.
- 3 Establecer contacto verbal**  
Informarse acerca de la persona previamente, establecer el contacto verbal una única persona acompañada, presentarse y expresar intenciones.
- 4 Concisión y utilizar lenguaje sencillo**  
Repetir el mensaje, utilizar silencios funcionales, tono calmado/tranquilizador.
- 5 Identificar los deseos y sentimientos**  
Conocer la demanda y cómo se siente, mostrar honestidad.
- 6 Escuchar de cerca lo que la persona esté diciendo**  
Evitar hablar más que la persona, proporcionar feedback y un ambiente relajado que invite a la privacidad (aclaración, parafraseo, "ley de Miller").
- 7 Estar de acuerdo o de acuerdo en el desacuerdo**  
Acercar posturas sin confrontar y aclarar aspectos innegociables (a través de un hecho en sí, de defender un mismo principio o a través de otros puntos de vista).
- 8 Establecer normas y límites**  
Recordar normas de la unidad, límites razonables y condiciones idóneas (respeto, honestidad, sin autoritarismos, reforzar positivamente conductas esperadas).
- 9 Ofrecer opciones y optimismo**  
Proponer opciones realistas y de elección; ser optimista y transmitir esperanza.
- 10 Informar a la persona y al personal post-intervención/Reconciliar**  
Explicar procedimientos y expresión adecuada de emociones.  
**Persona:**  
¿Te has sentido ayudado/a? ¿Crees que hemos conseguido evitar una situación peor? ¿Cómo crees que se podría haber evitado lo ocurrido? ¿Consideras que ha sido justificado?...  
**Personal:**  
¿Qué desencadenó la situación? ¿Se podría haber hecho de otra forma? ¿Se podría haber intervenido antes? ¿Cómo nos sentimos? ¿Existe alguna serie de factores que podrían haberla prevenido? ¿Qué ha podido pasar para que el/la paciente haya llegado a tal punto de agitación?...

Para una adecuada desescalada verbal se considera necesario lo siguiente:

- Conocimientos acerca del proceso de escalada de la agitación (curva de la escalada conductual) y sus fases (calma, desencadenante, agitación, aceleración, cima, desescalada, recuperación) (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020) que permitan actuar de forma precoz con la finalidad de obtener mayores garantías de éxito (Megías-Lizancos. et al., 2016; Richmond et al., 2012).
- Identificar las manifestaciones clínicas prodrómicas del proceso de agitación (Megías-Lizancos. et al., 2016).
- Establecer de forma conjunta con la persona el plan de actuación individualizado en situaciones de crisis, teniendo en cuenta sus preferencias (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).
- Establecer una relación terapéutica con la persona mostrando una actitud de escucha activa, empatía, respeto, asertividad, deseo de comprenderla (Modelo Safewards, 2021).
- Comprensión del comportamiento de necesidades no satisfechas y deseos de la persona (Ortiz Moreno, 2020).
- Adquisición de habilidades comunicativas a través de formaciones específicas en desescalada verbal (Richmond et al., 2012).
- Disposición y actitudes en el personal hacia la escucha activa, empatía, respeto, deseo de comprender a la persona, predisposición de ayuda, asertividad y habilidades de comunicación, siendo conscientes de nuestras emociones, manejarlas y mantener la calma para dar respuestas a las necesidades de la persona ((Megías-Lizancos. et al., 2016a; Modelo Safewards, 2021; Ortiz Moreno, 2020; Richmond et al., 2012).

Asimismo, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- No permanecer solo/a ante situaciones potencialmente peligrosas (Megías-Lizancos. et al., 2016; García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; Richmond et al., 2012).
- No se recomienda continuar la negociación si se ha comprobado que no se poseen las habilidades necesarias o bien la persona rechaza al/la profesional (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020).
- Se han de evitar actitudes y conductas en las/los profesionales que favorezcan la perpetuación o incremento de la agitación de la persona ("escalada iatrogénica") como son (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; Modelo Safewards, 2021; Ortiz Moreno, 2020):
  - Contacto verbal establecido por diferentes profesionales.
  - Contacto físico con la persona (invasión del espacio personal).

- Lenguaje corporal cerrado.
- Actitud provocadora y hostil:
  - Imposición de normas sin explicación.
  - Falta de empatía.
  - No disponibilidad.
  - Impaciencia.
  - No escuchar.
  - Rechazo.
  - No aceptación.
  - Presuponer hechos.
  - Demorar la atención solicitada.
  - Interrumpir.
  - Avergonzar.
  - Discutir, amenazar.
  - Poner etiquetas.
  - Utilizar la ironía.
  - Minimizar sus emociones.
  - Actitud de hastío.
  - Gritar más que él/ella.
  - Hablar muy rápido.
  - Entonación agresiva.

En el Anexo 2 del presente documento se encuentra la infografía sobre desescalada verbal.

## **4.10. Técnicas de distracción y entretenimiento**

Es fundamental conocer un amplio abanico de estrategias de distensión y manejo del comportamiento, así como tener competencias en la comunicación terapéutica /interpersonal para poder actuar con efectividad en situaciones críticas que se puedan dar durante la atención (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Dotar de opciones para que las personas puedan estar entretenidas y distraídas es fundamental. En esta línea se puede facilitar el acceso a aparatos de música individuales o salas de música, salas de confort o de relajación (ver apartado correspondiente), actividades variadas y opciones para realizar diferentes deportes (Bowers et al., 2015; Carcoba et al., 2012; Johnson & Hauser, 2001; Stowell et al., 2012).

Promover la relación entre pacientes también es muy importante, pues es una de las mayores causas de las que se derivan episodios de agitación o agresividad. Cuantas más alternativas tengan para liberar la energía, el estrés, y la ansiedad, menos probable será la agitación psicomotriz.

Dentro las actividades que se contemplan:

**Distracciones lúdicas:** pueden ser de utilidad como prevención de una crisis de agitación, o para la desactivación en lo posible de la misma, facilitan la liberación de la energía física, favorecen el entretenimiento de la persona y aumentan su autoestima. También ejercen un efecto integrador mejorando el contacto social con otras personas ingresadas y con el personal asistencial. La invitación a llevar a cabo una actividad lúdica puede ser llevada a cabo por cualquier persona integrante del equipo (Sevillano, 2003).

**Actividades que disminuyan una respuesta negativa:** en ocasiones proponer actividades teniendo en cuenta las preferencias de las personas que atendemos como pasear, una llamada telefónica, etc., pueden resultar de ayuda para disminuir una respuesta negativa (Atero et al., 2012; Olaizola & Fundazioa, 2014)

**Terapia de orientación en la realidad:** conjunto de técnicas que buscan la mejora de la orientación espacial y temporal mediante la estimulación de la persona, con información veraz sobre el mundo que le rodea (p.ej. orientación con ayuda de diarios actuales, cuadernos de notas, pinturas, objetos, etc.). Diversos estudios señalan los beneficios de esta terapia, tanto a nivel conductual como cognitivo; se reduce la confusión y se evita la desconexión del entorno. Está especialmente indicada y es apropiada en diversas formas de demencia y en trastornos cognitivos variados previniendo alteraciones de conducta graves (Spector et al., 2000).

**Terapia de reminiscencia:** según Butler es “un proceso mental que ocurre de manera natural en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver”. Se suele realizar en grupo donde se dirige a las personas para que hablen de eventos pasados. Se puede ayudar con soporte audiovisual; fotografías, música, videos o incluso objetos (Francés et al., 2003).

**Estimulación multisensorial en un espacio Snoezelen:** esta intervención pretende proporcionar a la persona la vivencia de experiencias agradables y que fomenten su bienestar emocional y aumenten su nivel de relajación, a la vez que disminuya el nivel de conductas disruptivas, en general, de

sensaciones poco satisfactorias. La práctica de la intervención Snoezelen se puede llevar a cabo en una habitación especialmente diseñada para ello, y con avances técnicos que la favorezcan (Hotz et al., 2006; Hulsegge & Verheul, 1987; Kwok et al., 2003; Mertens & Verheul, 2005).

En función del perfil de las personas, sus necesidades, los objetivos a trabajar y las características del lugar donde se realice la intervención, los elementos a utilizar pueden ser vibratorios, vestibulares, visuales, auditivos, gustativos u olfativos (Hotz et al., 2006; Hulsegge & Verheul, 1987; Kwok et al., 2003; Mertens & Verheul, 2005).

Esta intervención se ha implantado en hospitales, centros residenciales y centros de día para personas con discapacidad intelectual y personas mayores, centros infantiles, centros de maternidad y unidades de neonatos, clínicas del dolor, hospitales psiquiátricos, empresas, escuelas, etc. (Cid & Camps, 2010).

**Musicoterapia:** la musicoterapia es una intervención que mejora la sensación de bienestar, ésta puede contribuir en una disminución de la frecuencia de la agitación y actividad disruptiva, disminución del uso de medicamentos psicotrópicos y disminución de la contención física de forma significativa, además de disminuir el estrés de las personas cuidadoras. Ésta se debe realizar a un volumen adecuado que no altere a la persona que atendemos ni a sus cuidadores/as, en el mismo ambiente donde pase la mayor parte del día y cada intervención debe durar aproximadamente 30 minutos (Murow & Sánchez, 2003; Urrutia & Hernández, 2012).

## **4.11. Técnicas de relajación**

La clave de la relajación se basa en que consigue un estado de reducción de la activación general corporal, proporcionando beneficios a nivel físico y mental. Actualmente las recomendaciones sobre el tratamiento de la ansiedad se centran en la combinación de estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas (psicoterapia, relajación muscular, respiración abdominal, técnicas cognitivo-conductuales...) (García et al., 2011).

Las técnicas de relajación reducen la activación del sistema nervioso autónomo y la sensación desagradable de tensión/ansiedad. Además, mejoran la calidad del sueño nocturno y otros síntomas asociados al estrés, aumentando la motivación en la persona cuando se practican de manera regular (Soriano González, 2012).

A principios del siglo XX, se desarrollaron dos técnicas principales: la relajación muscular progresiva de Jacobson en el año 1938 y el entrenamiento autógeno de Schultz en 1931. En la actualidad, la mayoría de las técnicas estructuradas se

basan en estos dos métodos, que se centran en el descenso del tono muscular de manera controlada y en la sugestión mental (Chóliz, s.f.).

**Técnicas de respiración abdominal:** Actúan mediante interacciones cardiorrespiratorias de control vagal a través del sistema nervioso simpático y parasimpático. Un adecuado control de la respiración para conseguir una respiración abdominal automática en la vida diaria permite la correcta oxigenación del organismo, proporcionando menor gasto energético y dificultando la aparición de la fatiga y malestar general en momentos de aumento del nivel de ansiedad. En la respiración abdominal el tórax permanece inmóvil, mientras se eleva solamente el abdomen (Chóliz, s.f.; García et al., 2011).

**Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson:** Consiste en aprender a tensar y relajar de manera secuencial varios grupos de músculos, a la vez que se le va pidiendo a la persona que vaya prestando atención focalizada a las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación corporal en cada zona de su cuerpo. Con este proceso se pretende que la persona aprenda a relajarse y vaya reconociendo y discriminando la sensación de tensión y la relajación tal y como aparece en la vida diaria o en momentos de aumento de tensión y ansiedad, y que al final sea capaz y tenga las estrategias adecuadas para lograr reducir la tensión muscular cuando sea necesario (Ramírez et al., 2014). En la actualidad esta técnica está adaptada para tiempos breves de entrenamiento, destacando la versión de Bernstein y Borkovec en el año 1973. La distribución normal de la práctica consiste en realizar una relajación larga (en torno a 35 min, incluyendo 16 grupos musculares del cuerpo). Cuando se va avanzando en el proceso se reduce la duración de los ejercicios y los músculos implicados a cuatro grupos musculares principales (cabeza, brazos, tronco y piernas) o englobando el cuerpo como único grupo (Chóliz, s.f.).

**Mindfulness o atención plena:** La definición estándar más habitual señala que la atención plena (mindfulness) es un tipo de conciencia o de estado psíquico que aparece cuando prestamos atención de forma intencionada a nuestro campo de conciencia tal y como se nos aparece en el aquí y ahora y sin realizar ningún juicio de valor sobre el mismo e intentando atenuar cualquier reacción afectiva. Se permite la aparición de contenidos mentales y se permite su desaparición, destacándose así el carácter pasajero y fluido del psiquismo (Baer, 2003; Errasti-Pérez et al., 2022; Kabat-Zinn, 2014).

El mindfulness se muestra efectivo para la reducción de la agresión y violencia; según los resultados de intervenciones realizadas en poblaciones mayores de 18 años, la atención plena trabaja en el impulso de agredir, se sugiere que al hacer consciente el pensamiento, mejora la regulación emocional, lo que repercute en disminuir el nivel de agresividad (Gillions et al., 2019).





## 5. La contención mecánica como medida excepcional

### 5.1. Consideraciones sobre las contenciones

Tradicionalmente se han empleado los términos sujeción, contención y restricción como sinónimos. Sin embargo, en la literatura se muestran definiciones de diferentes organismos e instituciones nacionales e internacionales, tales como por ejemplo el Instituto Joanna Briggs, la Guía para Personas Mayores y familiares del programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, el método “Libera-Ger” de la Fundación Cuidados Dignos (Boletín Oficial de Navarra, 2011; CEOMA, 2017; Evans, Wood, & Lambert, 2003; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2014; Urrutia & Erdoiza, 2010).

A continuación, mostramos las siguientes definiciones:

- a) **Sujeción Mecánica:** “es cualquier procedimiento o método que, mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico unido, adyacente o atado al cuerpo del/de la paciente y que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo” (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2014).
- b) **Contención mecánica:** es cualquier procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada por la persona (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2014).
- c) **Restricción física o mecánica:** “se trata de cualquier acción mecánica o física que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona” (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2014).

La Fiscalía General del Estado, señala que la contención es una “**medida de control del comportamiento a través de una limitación externa al sujeto** ejercida por terceros bien a través del cuerpo (mecánica), bien a través de la sedación (farmacológica)”, y más concretamente, reconoce que las contenciones físicas más frecuentes son las barras laterales, con el ánimo de impedir el movimiento del paciente, los cinturones abdominales o pélvicos, los

chalecos, las muñequeras y las tobilleras. Por lo tanto, todos estos elementos son considerados contenciones físicas (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

La prescripción inadecuada y excesiva de medicamentos tiene una serie de consideraciones legales y éticas cuando se utiliza para controlar el comportamiento de una persona y/o restringir su libertad de movimiento o actividad (Hughes, 2008; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023; Mott et al., 2005). El empleo de fármacos requiere de un análisis de la existencia de patologías, así como de los síntomas en la persona entre otros aspectos (p.ej. alergias, interacciones, efectos secundarios, así como la potencial aparición de otros problemas de salud como son las broncoaspiraciones, caídas, alteración de ritmo sueño-vigilia, etc.), de cara a determinar qué fármaco es el más adecuado, la vía, la dosis, etc., utilizando la dosis menor posible e individualizando el tratamiento en cada caso (Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020). Cabe recordar que las personas mayores polimedizadas son más susceptibles de sufrir interacciones o reacciones adversas medicamentosas, por lo tanto, la prescripción y administración requiere de una valoración minuciosa previa y teniendo en cuenta lo señalado por la legislación (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022; Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2014).

La contención o restricción física, que incluye la sujeción y la contención mecánica, se refiere a aquellas intervenciones realizadas mediante el uso de dispositivos para inmovilizar a la persona o restringir su capacidad de mover libremente parte de su cuerpo. Éstas, en ocasiones, se utilizan junto con la administración de fármacos, como forma de inhibición que afecta al comportamiento o movimiento de las personas (College of Nurses of Ontario, rev. 2009c; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; WHO, 2019). El comité de Bioética de España señala que tanto la contención física como el uso de determinados fármacos son medidas que privan a una persona de libertad de movimiento (Comité de Bioética de España, 2016). El Colegio de Enfermeras de Ontario (CNO) añade también que se utilizan medidas ambientales como forma de controlar la actividad física o el comportamiento de una persona (p.ej. el aislamiento, jardines con medidas de seguridad, etc.) (College of Nurses of Ontario, rev. 2009c; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

En relación a las contenciones físicas, se contempla dentro de éstas: “las barras laterales, cinturones (abdominal o pélvico), chalecos (torácico o integral), muñequeras y tobilleras. No obstante, de acuerdo con el variado espectro de situaciones de contención observadas con la utilización de objetos o dispositivos, se incluyen: las barandillas de cama, las mesillas incorporadas a la silla, dispositivos textiles (ropas o sábanas ajustables a la cama-habitualmente con velcro-, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo.

Incluso, pueden actuar como contención las butacas o sillas bajas, reclinables, sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, es decir, la disposición del mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad)” (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

El uso de contenciones, así como el uso de determinados fármacos, si bien buscan controlar complicaciones o consecuencias nocivas, pueden ser potencialmente traumáticas a diferentes niveles (físico, psicológico y/o cognitivo) (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

## **5.2. Indicación**

Su indicación debe considerarse de forma excepcional, con la mínima intensidad posible, la duración estrictamente necesaria, y se debe llevar a cabo respetando los derechos de la persona y su privacidad, con un trato digno y tras utilizar todas las técnicas y medios alternativos (Boletín Oficial del Estado, 2007, 2021; Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

El uso de sujeciones físicas no es una medida eficaz para reducir las caídas, o las lesiones asociadas a estas, ni como medida de control ante problemas conductuales en personas con demencia, además se cree que existe una relación entre el uso de medidas restrictivas y el deterioro cognitivo (Freeman et al., 2027; Rodríguez et al., 2022). Es importante recordar que una intervención de este tipo pone en riesgo establecer una adecuada relación terapéutica con la persona atendida y va a acarrear un deterioro de la opinión de la persona atendida y/o familia sobre los y las profesionales de la salud.

La contención se entiende como un acto sobre la conducta sintomática de un/a paciente por lo que, en consonancia con lo que la legislación que regula sobre esta cuestión, debe tenerse muy presente que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada, o de su representante legal si fuera el caso, una vez recibida la información pertinente prevista en la ley. La normativa incide especialmente en que el **consentimiento informado** deberá ser explícito para cada situación y para cada persona, y referido al momento en que se va a tomar la decisión, no siendo válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo, así como en que, a efectos de lo que nos ocupa, nadie debe ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin previa **prescripción facultativa** en cada caso, salvo que exista peligro inminente para la seguridad de la persona o de terceros (en este caso, lo acordará el/la

profesional responsable conforme al **protocolo** correspondiente, sin perjuicio de la ratificación y/o rectificación posterior del titular). Finalmente, nuestra normativa también hace especial mención a que el uso de las contenciones vendrá determinado cuando no haya funcionado otro método de prevención, en supuestos de riesgo inminente y grave para la persona o para terceras personas y debe entenderse totalmente proscrita la utilización de las mismas con fines de disciplina o por conveniencia (ahorro de trabajo, esfuerzo o de recursos, etc.). Las normas de referencia básica serían la 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; la Instrucción 1/2022 de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado. Finalmente, en nuestro ámbito autonómico también tendría cabida Ley 12/200, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, la cual incluye dentro del catálogo de las infracciones muy graves la de someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o uso de fármacos sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de esta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones. Es importante incidir, que este tipo de intervenciones deben considerarse **de forma excepcional, con la mínima intensidad posible, la duración estrictamente necesaria, con una evaluación continua**, y se deben llevar a cabo respetando los derechos de la persona y su privacidad, con un trato digno y tras utilizar todas las técnicas y medios alternativos (Boletín Oficial del Estado, 2002, 2007, 2011, 2021; Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

Siempre que no quede más remedio que realizar una contención, ésta deberá ser extremando las precauciones y medidas de seguridad, con una vigilancia y monitorización de la persona para evitar el riesgo de aparición de eventos adversos. Dentro de los eventos adversos y complicaciones que pueden aparecer se encuentran los siguientes (Evans et al., 2003; Carnicero Giménez de Azcarate et al., 2001; Mohr et al., 2003; Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020; Rakhmatullina et al., 2013):

- Incontinencia urinaria o intestinal, estreñimiento, infecciones.
- Aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.
- Lesiones óseo-articulares (traumatismos, daños severos o permanentes de nervios, contracturas musculares etc.).
- Lesiones cutáneas, abrasiones, hematomas, úlceras por presión, rabiomiolisis.
- Caídas.

- Trombosis venosas.
- Traumatismo torácico cerrado.
- Broncoaspiración.
- Descarga catecolaminérgica.
- Insuficiencia respiratoria, asfixia mecánica.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Secuelas psicológicas (aislamiento, pérdida de autoestima, vivencia de experiencia traumática, estrés, aumento de la agitación, temor, humillación, trastornos psicoafectivos etc.).

Se pueden presentar complicaciones secundarias a una patología previa de la persona atendida (metabolopatías, cardiopatías, neumológicas, etc.), iatrogenia de origen medicamentoso y el uso de una contención mecánica de forma prolongada además puede producir pérdida de la masa muscular, atrofia y el consecuente deterioro funcional que aumenta el riesgo de complicaciones (Mohr et al., 2003; Rakhmatullina et al., 2013).

Teniendo en cuenta lo señalado, ante un incidente grave (daño o muerte) producido por una contención se debe realizar un análisis exhaustivo e integral de lo sucedido (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

### **5.3. Protocolo**

Ante la necesidad de realizar una contención mecánica, ésta debe realizarse siguiendo un protocolo que “prevea tanto la indicación, el procedimiento de instauración de las contenciones como su supervisión”. Cada organización de servicios debe disponer de un protocolo adaptado siendo importante realizar una evaluación de la correcta aplicación del mismo (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022). Asimismo, el protocolo debe ser revisado de forma periódica por las organizaciones para realizar las actualizaciones que sean oportunas.

En relación al diseño y elaboración de un protocolo clínico se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos (ver tabla 3) (Saura Llamas & Saturno Hernández, 1996):

**Tabla 3. Recomendaciones para elaborar un protocolo**

<b>RECOMENDACIONES PARA DISEÑAR Y ELABORAR UN PROTOCOLO CLÍNICO</b> (Saura Llamas & Saturno Hernández, 1996)	
<b>1</b>	Definir el tipo de protocolo que se trata aclarando los niveles de atención implicados, actividad que es necesaria protocolizar y profesionales implicados.
<b>2</b>	Designar una persona responsable así como el grupo de trabajo encargado de su elaboración.
<b>3</b>	Planificación y establecimiento de un cronograma de trabajo.
<b>4</b>	Elaboración del documento del protocolo que tenga en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una aproximación fundamentada: formulación del problema e identificación de la evidencia científica existente sobre el tema.</li> <li>• Recomendaciones generales para el diseño del protocolo: que sea un documento lo más breve posible, adaptados al nivel de atención, incorporando la parte teórica, así como la parte operativa a tener en cuenta al aplicar el protocolo.</li> <li>• Construir algoritmos/árboles de decisión.</li> <li>• Establecer el modelo de documento de protocolo a seguir de cara a incluir el contenido necesario.</li> <li>• Incorporar la bibliografía utilizada, citada convenientemente (siguiendo p.ej. APA, Vancouver) y aquellos anexos que sean necesarios.</li> </ul>
<b>5</b>	Revisión del documento final.

Respecto al contenido a contemplar en un protocolo de contención mecánica, se recomienda lo siguiente (ver tabla 4) (Sánchez Ancha et al., 2011; Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020; Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces, 2023; Red de Salud Mental de Bizkaia, 2018; López et al. 2018):

Tabla 4. Recomendaciones contenido protocolo

<b>RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTENIDO DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA</b> (Sánchez Ancha et al., 2011; Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020; Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces, 2023; Red de Salud Mental de Bizkaia, 2018; López et al. 2018)	
1	Fecha de elaboración, fecha de revisión e historial de revisiones
2	Responsable, autoría y personas revisoras
3	Conflicto de intereses
4	Consideraciones previas
5	Índice
6	Introducción y justificación
7	Términos, definiciones y abreviaturas
8	Objetivos
9	Ámbito de aplicación/alcance
10	Población diana
11	Indicaciones, contraindicaciones y otras consideraciones
12	Profesionales que intervienen y competencias
13	Medidas de prevención del uso de contenciones
14	Aspectos éticos y legales, hoja de información y consentimiento informado
15	<p><b>Procedimiento/desarrollo del protocolo de contención mecánica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Preparación del entorno:</b> la preparación del entorno conlleva que el equipo se responsabilice de las diferentes tareas o funciones a realizar.</li> <li>• <b>Preparación del material:</b> utilizar exclusivamente sistemas de contención física homologados, en buen estado, adecuando su colocación a las zonas corporales y a las tallas que correspondan (ver tipo de dispositivos y objetos considerados dentro de las contenciones mecánicas o físicas).</li> <li>• <b>Preparación del personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Disponer del número de profesionales suficientes.</li> <li>◦ Decidir quién dirigirá el procedimiento y prever el cometido de cada persona del equipo.</li> <li>◦ Tener la mayor información posible de los antecedentes y estado de la persona para actuar en base a sus necesidades.</li> </ul> </li> </ul>

## RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTENIDO DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

15

- Retirar objetos potencialmente lesivos del uniforme o que puedan romperse durante la actuación, como collares, pendientes, bolígrafos, etc. Se recomienda recoger el cabello largo.
- Precauciones Universales: higiene de manos antes y después del procedimiento y utilización de guantes y equipos de protección individual según las recomendaciones vigentes y las necesidades de la persona.
- **Preparación de paciente y familia/red de apoyo**
- **Abordaje, reducción de la persona y aplicación de la contención mecánica.** Ante una situación urgente donde sea necesario reducir o contener a la persona para aplicar una contención mecánica, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2015):
  - Que la contención manual sea llevada a cabo por personal que colabore estrechamente en equipo, que comprenda las funciones de los demás y que tenga una dirección claramente definida.
  - Ante una reducción de la persona: evitar llevarla al suelo, pero si es necesario usar preferentemente la posición supina (boca arriba) si es posible o si la posición prona (boca abajo) es necesaria, que sea durante el menor tiempo posible.
  - El nivel de fuerza aplicada que sea el mínimo necesario, apropiado, razonable y durante el menor tiempo posible.
  - Una persona del equipo debe dirigir el uso de la restricción manual y vigilar la situación de la persona (control de las vías respiratorias y la respiración, constantes vitales y proporcionar apoyo).
  - No interferir con las vías respiratorias, la respiración o la circulación de la persona, por ejemplo, aplicando presión.
  - No interferir en la capacidad de comunicación de la persona.
  - Preservar la dignidad y seguridad de la persona.
  - No realizar una restricción manual de forma rutinaria durante más de 10 minutos.
  - Considerar la tranquilización rápida o el aislamiento en lugar de la restricción manual prolongada (más de 10 minutos).
  - Vigilar la salud física y psicológica de la persona durante el tiempo que sea clínicamente necesario después de la reducción.
- **Cuidados asociados:** se proporcionarán aquellos cuidados asociados que sean necesarios.

**RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTENIDO DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**

<p><b>15</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Supervisión, inspección, evaluación y reevaluación:</b> la observación se realizará con intervalos variables predefinidos según la evolución del cuadro clínico. De cara a la evaluación además es necesario considerar lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Realizar un análisis de la contención mecánica con la finalidad de introducir áreas de mejora a través del análisis causa-raíz/ diagrama causa-efecto de Ishikawa (Ruiz-López et al., 2005).</li> <li>◦ Utilizar un formulario de información: Instrumento de intercambio de información tras un episodio de contención/aislamiento (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).</li> </ul> </li> <li>• <b>Finalización de la contención mecánica</b></li> </ul>
<p><b>16</b></p>	<p><b>Registros en la historia clínica:</b></p> <p>En relación a los registros, "se debe dejar constancia documental de la indicación, el uso y el tipo de contención aplicada respecto de cada paciente, especificando la duración. Observada la mayor incidencia del uso de contenciones en fines de semana y durante la noche, se incidirá sobre esta cuestión en la evaluación para alejar motivos económicos o de ratios que puedan condicionar su uso" (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).</p> <p>Es importante señalar que un adecuado registro favorecerá su posterior análisis, así como plantear medidas que eviten su uso a futuro.</p> <p>Registros en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de la persona, diagnóstico (CIE-10), evolutivos, constantes etc.: Osabide Global.</li> <li>• Plan de cuidados individualizado y registro de dispositivo/herida: Osanaia.</li> <li>• Pauta y administración de tratamiento medicamentoso: eOsabide.</li> <li>• Prescripción de la contención: eOsabide (apartado tratamiento no medicamentoso).</li> <li>• Otros registros que sean necesarios.</li> </ul>
<p><b>17</b></p>	<p><b>Reflexión y revisión de la actuación:</b></p> <p>Una vez realizada la contención, se recomienda que el equipo realice una reflexión de la actuación. Se facilita de modo orientativo el siguiente guion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué desencadenó la situación?</li> <li>• ¿Qué factores la hubiesen prevenido?</li> <li>• ¿Qué impacto ha tenido en persona, resto de pacientes y equipo?</li> <li>• ¿Qué nos puede ayudar a mejorar nuestra actuación en situaciones futuras?</li> </ul>

## RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTENIDO DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

<b>17</b>	<p>Asimismo, es conveniente evaluar con la persona las circunstancias de la contención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Entiende usted por qué se le ha sujetado?</li> <li>• ¿Cree que hemos evitado algo peor?</li> <li>• ¿Cómo cree usted que se podía haber evitado?</li> <li>• ¿Considera que la contención mecánica ha sido justificada?</li> </ul>
<b>18</b>	Algoritmos/árboles de decisión
<b>19</b>	Bibliografía
<b>20</b>	Anexos

Una vez tomada la decisión de realizar la contención mecánica por haber fracasado todas las medidas previas posibles, el equipo asistencial siguiendo el protocolo establecido previamente deberá poner en marcha una serie de intervenciones de forma secuencial y conforme a un plan de actuación acordado previamente en función de los recursos tanto materiales como humanos con los que cuente, teniendo en cuenta los diferentes preparativos y escenarios (Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020; Organización Sanitaria Integrada Euzkerraldea Enkarterri Cruces, 2023). Asimismo, en función de la intensidad de la contención se establecerán las medidas de vigilancia y observación que sean necesarias para garantizar la seguridad de la persona.

Cabe recordar que la contención debe ser con la menor intensidad y duración posible, recomendando una finalización de la contención de forma progresiva.

### 5.4. Tipo de dispositivos y objetos considerados dentro de las contenciones mecánicas

En relación a las contenciones físicas, recordando lo señalado anteriormente, la legislación contempla dentro de estas: “las barras laterales, cinturones (abdominal o pélvico), chalecos (torácico o integral), muñequeras y tobilleras. No obstante, de acuerdo con el variado espectro de situaciones de contención observadas con la utilización de objetos o dispositivos, se incluyen: las barandillas de cama, las mesillas incorporadas a la silla, dispositivos textiles (ropas o sábanas ajustables a la cama-habitualmente con velcro-, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo. Incluso, pueden

actuar como contención las butacas o sillas bajas, reclinables, sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, es decir, la disposición del mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad)” (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

En la elección del dispositivo, es importante que sea de forma individualizada y teniendo en cuenta los siguientes (Hospital Universitario Severo Ochoa, 2023):

- Limitar lo menos posible los movimientos.
- Ser tolerado por la persona.
- No interferir en el tratamiento.
- Fácil de cambiar y de limpiar.
- Teniendo en cuenta la intimidad de las personas, que el dispositivo sea lo más discreto posible.

Cuando se utilicen dispositivos, deben ser de tipo estandarizado y homologado que garantice la seguridad de la persona, confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación. Las empresas que crean estos productos están obligadas a cumplir las recomendaciones de las diferentes agencias de vigilancia y control de productos sanitarios, de forma que la seguridad y el confort sean sus principales cualidades (Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020).

Es fundamental distinguir cada uno de los dispositivos de contención, así como conocer su función e identificar el tallaje y las características de cada elemento con el fin de aplicarlos de forma segura. Las diferencias entre los dispositivos dependen de la marca comercial, algunas utilizan códigos de colores en las etiquetas para facilitar la identificación de los distintos dispositivos del equipo de contención y la localización que les corresponde y otras utilizan etiquetas con otro sistema de identificación de talla, ubicación y posición. Algunas marcas diferencian con colores los bordes para distinguir las tobilleras de color marrón de las muñequeras de color azul (Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020).

Asimismo, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos en relación al mantenimiento y revisión a los dispositivos (Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020):

- Los/las proveedores/as de los dispositivos suelen poner a disposición de los profesionales videos, manuales, etc., con instrucciones e información sobre su adecuado uso y mantenimiento.
- Disponer y estar al día de las normas del fabricante para una adecuada conservación y mantenimiento.

- Establecer un control periódico y supervisar el estado de los dispositivos y sus diferentes componentes (costuras, cinchas, trabillas y ojales).
- El sistema de lavado de los dispositivos debe ser acorde a las indicaciones del fabricante.
- Retirar todos los sistemas de cierre antes de su lavado y desinfectar los botones y vástagos magnéticos sin sumergir en líquidos, con toallitas o líquido desinfectantes para evitar su deterioro.



## **6. Evaluación, seguimiento, registros en la historia clínica**

## 6. Evaluación, seguimiento, registros en la historia clínica

De acuerdo a lo señalado anteriormente es importante realizar una evaluación y seguimiento a lo largo del proceso asistencial, con el fin de identificar cambios o la aparición de nuevas necesidades de cuidados en las personas de cara a la revisión del plan de cuidados (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

En relación a los registros en la historia clínica, recordar que “se debe dejar constancia documental de la indicación, el uso y el tipo de contención aplicada respecto de cada paciente, especificando la duración y que un adecuado registro favorecerá su posterior análisis, así como plantear medidas que eviten su uso a futuro” (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022).

Respecto a los registros de enfermería, el registro de dispositivo/herida y plan de cuidados individualizado se realiza mediante la herramienta corporativa Osanaia que se encuentra en Osabide Global (ver Anexo 3).

Asimismo, se dejará documentado en la historia clínica (Osabide Global) aquellos registros que sean oportunos y necesarios, se aconseja consultar el apartado correspondiente de la tabla “recomendaciones sobre el contenido a considerar en la elaboración de un protocolo de contención mecánica” (ver tabla 4).







## 7. Formación

Cada vez se oyen más voces, tanto a nivel nacional como internacional, en organismos profesionales, legislativos y judiciales, que indican que se debe minimizar el uso de las contenciones, ya sea por los riesgos que ello supone como por lo traumático la técnica en sí. Es crucial que el personal que trabaja con personas que pueden presentar alteraciones de conducta tenga acceso y sepa desplegar eficazmente todos los cuidados que puedan prevenir y reducir el uso de la contención mecánica. Para que esto sea posible se necesita contar con una formación que se adapte a cada entorno de trabajo y tipo de desempeño, y que desafíe tanto los prejuicios e ideas preconcebidas en torno a determinadas patologías, como las dinámicas y rutinas de trabajo preestablecidas.

Los y las profesionales de la salud deben poseer formación para tener las competencias necesarias para realizar una contención adecuadamente. Esta formación debe ser continuada y periódica, por lo que es necesaria la existencia de actividades para la capacitación y sensibilización de los y las profesionales que tengan que realizarla. Asimismo, es recomendable tener en cuenta la formación en desescalada verbal, técnicas de autoprotección para el personal (Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 2022; Organización Sanitaria Integrada Araba, 2020). Igualmente, también se recomienda que todo el personal que participe en una contención mecánica reciba esa formación teórico-práctica de forma periódica y que participe en simulacros (Red de Salud Mental de Bizkaia, 2018).

Aunque la evidencia es escasa y heterogénea, la formación del personal que participa en la aplicación de una contención en aspectos relacionados con el propio procedimiento en sí, así como en las medidas preventivas o programas de reducción de dicho uso, conlleva un descenso en la utilización de la contención mecánica. Igualmente se observa que, con el paso del tiempo desde la asistencia a dicha formación, vuelve a incrementarse la utilización de la contención mecánica a niveles previos a la intervención. Por tanto, la formación del personal y su reciclaje periódico es una medida necesaria para una adecuada concienciación y utilización de la técnica y, en primera instancia, para la reducción del uso de la misma (Brugnolli et al., 2020; García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; Kong et al., 2017; Richmond et al., 2012; Testad et al., 2010; Testad et al., 2016).

Algunos y algunas autoras recomiendan cursos que incluyan medidas preventivas, como por ejemplo las siguientes (García-Portilla González & Grande i Fullana, 2020; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012):

- Detección de situaciones desencadenantes, manejo ambiental en las unidades, etc.
- Técnicas de desescalada verbal y manejo de conductas disruptivas.
- Valoración de medidas menos restrictivas y su utilización.
- Análisis de las circunstancias que han llevado a tener que realizar una contención para identificar las áreas de intervención en pacientes, personal, estructura y recursos.
- Identificación y actualización de medidas o buenas prácticas en estructuras, recursos y medidas terapéuticas que promuevan una mejora continua.

Cabe señalar que la formación de **baja calidad** se centra principalmente en enfoques reactivos, como la contención física, y no hace suficiente hincapié en los derechos humanos, la satisfacción de las necesidades de la persona, la prevención, la desescalada y la recuperación. Y lo que es más importante: no explica suficientemente la naturaleza traumática de la contención mecánica. Este tipo de formación hace que el personal sea más propenso a utilizar las intervenciones restrictivas como primera opción en lugar de como medida excepcional. Además, hay que tener en cuenta que un exceso de prácticas restrictivas en los servicios puede crear una cultura tóxica caracterizada por el **ciclo del trauma**, tanto para el personal como para los/las pacientes: estar en la posición de ser contenido o formar parte de un equipo que está aplicando una contención es probable que sea traumatizante (Paterson, 2013).

A continuación, y teniendo como referencia los *Training Standards* de la *Restraint Reduction Network (RRN)* (Ridley & Leitch, 2021), se exponen diferentes recomendaciones para la formación de profesionales que trabajan en entornos en los que es necesario contar con herramientas de manejo de conductas disruptivas. Se describen los objetivos generales que debe tener la formación y se dan recomendaciones para el desarrollo del plan formativo y el contenido del mismo.

Finalmente, se muestra un ejemplo de estructura formativa, contemplando los principios de la RRN según el esquema sugerido por NAPPI UK® (Non Abusive Psychological and Physical Interventions).

## Objetivos generales de la formación

La formación debe (Ridley & Leitch, 2021):

1. Ser impartida mediante un enfoque de apoyo a la protección de los **Derechos Humanos** fundamentales. Se centrará en la minimización del uso de intervenciones restrictivas, y garantizará que todo uso de estas intervenciones respete los Derechos Humanos.
2. Garantizar no sólo que cumple la **legislación** relacionada con los Derechos Humanos, sino también englobar cualquier otra relevante en relación al uso de intervenciones restrictivas, y estar **actualizada** al marco legislativo vigente (internacional, estatal, autonómico y de la propia Organización de Servicios en donde se imparte).
3. Incluir la necesidad de respeto a la **autonomía** de la persona, teniendo en cuenta sus deseos y sentimientos. También debería abordar cómo proceder en caso de que existan dudas sobre la capacidad de obrar de la persona.
4. **Dejar claro** que dicha protección de los derechos humanos se extiende tanto a la propia persona como a la **familia y cuidadores/as**, al resto de **pacientes** del entorno y al **personal** que presta los cuidados a la persona.
5. Apoyar:
  - La **reducción del uso de contenciones** y garantizar que se ofrecen otras medidas, incluyendo un enfoque centrado en la **prevención** y la actuación en caso de aparición de angustia o malestar (como la desescalada).
  - La promoción de una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta sus intereses para darles soporte cuando está angustiada.
6. Ser **adecuada al entorno** en el que se vaya a desplegar (infantil/adultos, ámbito comunitario/hospitalario, tipología del la persona atendida...) y al personal que la reciba (categoría profesional).
7. El personal debe recibir **formación** sobre **estrategias preventivas/ primarias y estrategias secundarias antes de** que se les enseñe a utilizar las **intervenciones restrictivas**. En algunas organizaciones puede ser más apropiado que quienes gestionen la formación en modelos preventivos como Safewards (Modelo Safewards, 2021) sean diferentes profesionales de formación.

Tabla 5. Recomendaciones para la formación

DESARROLLO DE UN PLAN DE FORMACIÓN	
RECOMENTACIONES	
1	<b>Coordinación</b> entre la persona a cargo de organizar la formación con la encargada de impartirla.
2	<b>Plan de estudios.</b> La persona responsable de organizar la formación debe elaborar una propuesta escrita que incluya la justificación de la misma.
3	<b>Evaluación de riesgos integral</b> en cada técnica del plan de estudios.
4	<b>Compromiso explícito de reducción</b> de todas las prácticas restrictivas.
5	<b>Participación de personas que han vivido una contención.</b>
6	<b>Modalidad de formación.</b>
7	<b>Programa formativo.</b> Información <b>accesible</b> sobre el contenido del mismo.
8	<b>Atención al alumno/a.</b> Establecer una política <b>de respuesta</b> a las preocupaciones y quejas.

Fuente: (Ridley & Leitch, 2021).

En el Anexo 4, se detallan las recomendaciones señaladas en el recuadro para el desarrollo de un plan de formación (Ridley & Leitch, 2021).





## 8. Bibliografía

Adam-Castelló P, Sosa-Palanca EM, Celda-Belinchón L, García-Martínez P, Mármol-López MI, Saus-Ortega C. Leisure Programmes in Hospitalised People: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 13;20(4):3268. doi: 10.3390/ijerph20043268. PMID: 36833961; PMCID: PMC9967212

Alzheimer's Society. (09 de febrero de 2024). This is me. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/publications-factsheets/this-is-me>

Ambrosi, E., Debiasi, M., Longhini, J., Giori, L., Saiani, L., Mezzalira, E., & Canzan, F. (2021). Variation of the Occurrence of Physical Restraint Use in the Long-Term Care: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11918. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211918>

Anthony, W. (1993). *Toward a Vision of Recovery*. Center for Psychiatric Rehabilitation Sargent College of Allied Health Professions Boston University.

Arredondo, M., Hurtado, P., Sabaté, M., Chávarri, CU, & Botella, L. (2016). Programa de Entrenamiento en Mindfulness Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27 (103), 133-150.

Atero, C., Bernal, P., Cano E. (2012) Contención mecánica y farmacológica, aplicado al ámbito enfermero. <http://enfermeriaypunto.files.wordpress.com/2012/09/contencic3b3nmecc3alnica1.pdf>

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>

Baker, J. A., Lovell, K. & Harris, N. (2008). A best-evidence synthesis review of the administration of psychotropic pro re nata (PRN) medication in in-patient mental health settings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1122-1131.

Boletín Oficial del Estado. (2002). 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. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Boletín Oficial del Estado. (2007). Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 94, de 19 de abril de 2007. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-8186-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado. (2011). Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín de 7 de octubre de 2011*. N.º: 242. Publicada en el «Boletín Oficial del País Vasco» número 246, de 24 de diciembre de 2008.

Boletín Oficial del Estado. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 05 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>

Instrucción de la Fiscalía General del Estado. (2022). Instrucción de la Fiscalía General del Estado, 1/2022, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. 19 de enero de 2022. Extraído de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221)

Boletín Oficial de Navarra. (2011). Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales de la Comunidad foral de Navarra. Extraído de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898#:~:text=Este%20decreto%20foral%20tiene%20por,la%20Comunidad%20Foral%20de%20Navarra>

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., SUGAR, 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(9), 1412–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

Brugnolli, A., Canzan, F., Mortari, L., Saiani, L., Ambrosi, E., & Debiassi, M. (2020). The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6738. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186738>

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). (2006). *National guidelines for senior's mental health: The assessment and treatment of mental health issues in Long Term Care homes (focus on mood and behavior symptoms)*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline\\_LTC.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_LTC.pdf)

Carcoba, N., García, C., Guevara, C. (2012) Contención mecánica en urgencias. *Nure Investigación*. 60. Sept-Oct 2012.

Carnicero Giménez de Azcarate, M.A., Sánchez de León Robles, M. S., Ramírez Álava, A. (2001). Asfixia postural o asfixia posicional por suspensión abdominal: ¿un diagnóstico de exclusión? / Postural asphyxia or positional asphyxia caused by abdominal suspension: a diagnostic reached by exclusion. *Cuad. med. Forense*, 7(26):41-49, oct. 2001. ilus.

CEOMA. (2017). Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/02/resumen\\_historico\\_desatar.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/02/resumen_historico_desatar.pdf)

Chóliz, M. (s.f.). Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia; 28. <https://www.uv.es/=cholz/RelajacionRespiracion.pdf>

Cid, M. J., & Camps, C. (2010) Estimulación multisensorial en un espacio Snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 22-32.

Cohen-Mansfield, J. (1989). *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Research Institute of Hebrew Home of Greater Washington. <https://oregonbhi.org/wp-content/uploads/2020/01/CMAI-Scale.pdf>

College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009c). Restraints Standard, Revised, Toronto: College of Nurses. [https://www.cno.org/Global/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](https://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf)

Comité de Bioética de España. (2016) Consideraciones éticas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>

Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. (2016). Humanización: recomendaciones del consejo asesor de salud mental. Osakidetza.

Junta de Andalucía. (2021). Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Estrategia de humanización compartida. Consejería de Salud y Familias [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA\\_v12042021.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf)

Voluntades Anticipadas. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. (2022). <https://www.euskadi.eus/informacion/voluntades-anticipadas-va/web01-a2inform/es/>

Departamento de Salud, Gobierno Vasco. (2020). Marco Estratégico Departamento Salud 2021-2024. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco\\_estrategico\\_2021\\_2024/es\\_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf)

Dirección General de Humanización y Atención al Paciente, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. (2022). II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/ii-plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2022-2025>

Duxbury, J. A. & Baker, J. A. (2004). The use and nursing management of benzodiazepines in acute, mental health inpatient care: A discussion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 662–667.

Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E., & Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): Por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(1), 235-248. <https://doi.org/10.51668/bp.8322112s>

Estrategia de Salud Mental de Euskadi (2023-2025). Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. [https://bideoak2.euskadi.eus/2023/11/21/news\\_89832/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Mental\\_es.pdf](https://bideoak2.euskadi.eus/2023/11/21/news_89832/Estrategia_de_Salud_Mental_es.pdf)

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 41(3), 274-282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(3). <https://doi.org/10.4321/S1137-66272003000500007>

Freeman, S., Spirgiene, L., Martin-Khan, M., & Hirdes, J. P. (2017). Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities. *Geriatrics & gerontology international*, 17(2), 246-255. <https://doi.org/10.1111/ggi.12707>

Ganzenmüller, C., Santos, F., López, G., Fabregan C., Lopez-Mora N., Alcántara F., Mayor, D., y De la Blanca A. (20 y 21 de septiembre de 2010). *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del ministerio fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006*. Jornadas de Fiscales especialistas en la protección de Personas con discapacidad. <https://www.icab.es/export/sites/icab/.galleries/documents-noticias/Manual-Ministerio-Fiscal-Proteccion-Personas-Discapacidad-2010.pdf>

García, J.P., Burgos, M. L., Paz J., Santa Cruz, J.M., Canalejo A. & Muñoz, F. (2011) *Med fam Andal*, 2, 141-149. <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v12n2.pdf>

García Peine, J.P., Burgos Varo, M.L., Paz Galiana, J., Santa Cruz Talledo, J.M., Canalejo Echeverría, A., Muñoz Cobos, F. Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad. 2012. 141-149 p. (Medicina de familia Andalucía; vol. 12).

García-Portilla González, M.P. & Grande i Fullana, I. (2020). Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. Consenso español. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/2020-Contencion%20personas%20estado%20de%20agitacion.pdf>

- Gillions, A., Cheang, R., & Duarte, R. (2019). The effect of mindfulness practice on aggression and violence levels in adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 104-115. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.012>
- Gorbeña, S., González V.J., & Lázaro Y. (1997). El Derecho al Ocio de las personas con discapacidad—Análisis de la normativa internacional, estatal y autonómica del País Vasco. 253. [http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs\\_ocio/ocio4.pdf](http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio4.pdf)
- Gorbeña, S. (2000). Modelos de intervención en ocio terapéutico. Publicación de la Cátedra de Ocio y Minusvalías con motivo del 6.o Congreso Mundial de Ocio. 126. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio11.pdf>
- Grupo de trabajo unidad de Hospitalización psiquiátrica de Hospital General (2001) Programa de Salud Mental. Documento interno. Servicio Andaluz de Salud.
- Happ, M. B. (2000). Using a best practice approach to prevent treatment interference in critical care. [Review]. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(2), 58-62.
- Hedlund, M., Samuelsson, M., Perseius, KI., Björkdahl. (2019). The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs*. 28, 930-939.
- Holloman, G. H., & Zeller, S. L. (2012). Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13(1). <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>
- Hospital Universitario Severo Ochoa. (2023). Protocolo de sujeción física. Junio 2023. Servicio Madrileño de Salud.
- Hotz, G. A., Castelblanco, A., Lara, I. M., Weiss, A. D., Duncan, R., & Kuluz, J. W. (2006). Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20(8), 879-888. <https://doi.org/10.1080/02699050600832635>
- Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 175(4), 512-520. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>
- Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. *Nursing Older People*, 20(3), 33-38. <https://doi.org/10.7748/nop2008.04.20.3.33.c6497>
- Hulsegge, J., & Verheul, A. (1987). *Snoezelen: Another world: a practical book of sensory experience environments for the mentally handicapped*. Rompa.

Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2007). Programa de Integración Social a través del ocio. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/ProgramaIntegracionS.pdf>

Johnson, M & Hauser, P. (2001). The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 651-668. <https://doi.org/10.1080/01612840117788>

Kabat-Zinn, J. (2014). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life (10th anniversary ed., 1st Hachette Books ed). Hachette Books.

Kwok, H. W. M., To, Y. F., & Sung, H. F. (2003). The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities-Hong Kong experience. *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 9(2), 122-126.

Kong, E.-H., Song, E., & Evans, L. K. (2017). Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff: Restraint Reduction Program. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 325-335. <https://doi.org/10.1111/jnu.12296>

Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & alker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 537-546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>

MacDaniel, M. (2009) Comfort Rooms A preventive tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. NYSOMH.

Marín Rodríguez, J., & García Sastre, M. (2017, abril 5). Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Murcia. <https://www.codem.es/ponencias/prevencion-contencion-mecanica-desescalada-verbal-desde-perspectiva-enfermera>

Megías-Lizancos, F., Carretero Román, J., Salas Rubio, M.J. & Silva García, M.C. (2016). Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(1), Article 1. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Documento-de-consenso-de-ANESMySEEUEpara-el-abordaje-y-cuidados-del-paciente-agitado-7.pdf>

Merino, I.P., Figueruelo, A.D., & García, C.S. (2016). El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden? *C. Med. Psicosom*, 118, 15-24.

Mertens, K. & Verheul, A. (2005). *Snoezelen: Application fields in practice*. ISNA. Aachen. Germany.

Modelo de Humanización Osakidetza (2024). Un modelo corporativo para el abordaje de la humanización en Osakidetza. Grupo de trabajo colaborativo de Humanización. Administración de la comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza.

Modelo Safewards. (2021). Manténgase tranquilo. Preparado, confiado, despreocupado, abierto, amigable y positivo hacia los usuarios. <https://www.safewards.net/es/>

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2023). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub3>

Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330-337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>

Montoya, A., Valladares, A., Lizán, L., San, L., Escobar, R., Paz, W. (2011). Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes* pp 9-18.

Morales, M., & Bravo, I. (2006). El ocio terapéutico. Perspectiva actual. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>

Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 95-101. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00510.x>

Murow, E., & Sánchez, J. J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4),47-58. ISSN: 0185-3325. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242606>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guideline (NG 10). 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>

NANDA-I. (2021). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023*. 12ª ed. Barcelona. Elsevier.

NAPPI UK Limited. 64 Falsgrave Road, Scarborough, North Yorkshire, YO12 5AX.  
<https://www.nappiuk.com/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guideline (NG 10). 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>

Oberleitner LL. Aversiveness of traditional psychiatric patient restriction. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2000 [cited 2000 Apr]; 14(2):93-7. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10783527>

Olaizola, A., Fundazioa, M. (2014) Hacia Centros libres de restricciones: identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones. Gobierno Vasco: Fundación instituto Gerontológico Matia. [https://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas\\_ss/es\\_estadist/adjuntos/proyecto\\_sujecciones\\_memoria\\_final.pdf](https://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_sujecciones_memoria_final.pdf)

Organización Sanitaria Integrada Araba. (2020). Protocolo de actuación en personas hospitalizadas con necesidades de Contención. Julio 2020. Osakidetza. <http://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2021/02/Protocolo-contenci%C3%B3n.pdf>

Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao. (2015). Protocolo uso de la contención mecánica. Marzo 2015. Osakidetza.

Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces. (2023). Contención de paciente. Osakidetza.

Red de Salud Mental de Bizkaia. (2018). Protocolo uso de la contención mecánica. Julio 2018. Osakidetza.

Ortiz Moreno, J. M. (2020). Actitudes para la desescalada en salud mental. Revista de Enfermería y Salud Mental, 15, 24-28. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2020.15.24>

Paterson, B., McIntosh, I., Wilkinson, D., McComish, S. y Smith, I. (2013), Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20: 228-235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01918.x>

Plan estratégico de Osakidetza (2023-2025). Juntas, juntos relanzando Osakidetza hacia el futuro. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Departamento de Salud. Osakidetza. [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_trbg\\_planes\\_programas/es\\_def/adjuntos/osakidetza-plan-estrategico-23-25\\_es.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/osakidetza-plan-estrategico-23-25_es.pdf)

Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints: A Review of Literature. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 499-512. <https://doi.org/10.1007/s1126-013-9262-6>

Ramírez, A., Espinosa, C., Herrera, A.F., Espinosa, E., Ramírez, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enferm Docente*, 102, 6-12. <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-102-04.pdf>

Registered Nurses' Association of Ontario. (rev. 2006b). *Crisis Intervention*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (rev. 2006c). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (rev. 2007a). *Assessment & Management of Pain*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (rev. 2010a). *Caregiving Strategies for Older Adults with Depression, Dementia and Depression*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (rev. 2010b). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *RNAO Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.

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

Ridley, J. & Leitch, S. (2021). *Restraint Reduction Network (RRN) Training Standards*. Disponible: [https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2021/08/RRN\\_standards\\_phase\\_8\\_accessible.pdf](https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2021/08/RRN_standards_phase_8_accessible.pdf)

Rigol Cuadra, A., & Ugalde Apalategui, M. (2007). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (2ª ed., 1ª reimpresión). Masson.

Rodríguez Sánchez, MI., Rodríguez Cabello, MP., & Martínez Martín, ML. (2021). Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa. *Gerokomos*, 32(4), 238-244. Epub 17 de enero de 2022. Recuperado en 01 de febrero de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000500238&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500238&lng=es&tlng=es).

Ruiz-López, P., González Rodríguez-Salinas, C., & Alcalde-Escribano, J. (2005). Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(2), 71-79. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74726-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74726-2)

Sánchez Ancha, Y., González Mesa, F.J., Molina Mérida, O., Guil García, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas. 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>

Sastre Rus, M., & Campaña Castillo, F. (2014). Contención mecánica: Definición conceptual. *Ene*, 8(1), 0-0. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>

Saura Llamas, J., & Saturno Hernández, P. (1996). Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Atención Primaria*, 18(2), 94-96.

López, I., Alonso, J., Del Valle, M., González, RM., González, I., García, H., Antuña, M., Sánchez, AE., & Iglesias, C. (2018). Protocolo de contención de pacientes. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM). Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias. <https://www.astursalud.es/documents/35439/36983/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>

Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: An integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2014). Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2014). Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. ISBN: 978-84-697-0482-0. [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2023). Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones 2023. ISBN: 978-84-09-51675-9. <https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Cuidado-sin-sujeciones.pdf>

Scottish Human Rights Commission. El enfoque FAIR de la Comisión escocesa de los Derechos Humanos: Scottish Human Rights Commission. Disponible: <https://eqhria.scottishhumanrights.com/eqhriatrainingfair.html>

Sevillano Arroyo, M.A. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com*. 2003, 7 (3)

Soriano González, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*, 11(26), 39-53. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200004>

Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2000). Reality orientation for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD001119. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001119>

Stowell, K., Florence, P., Harman, H., & Glick, R. (2012). Psychiatric evaluation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Projec BETA Psychaitric evaluation workgroup. *West J Emerg Med*, 13(1): 11-16.

Strategies to end seclusion and restraint. *WHO Quality Rights Specialized training. Course guide*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516754>

Testad, I., Ballard, C., Brønnick, K., & Aarsland, D. (2010). The Effect of Staff Training on Agitation and Use of Restraint in Nursing Home Residents With Dementia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(01), 80-86. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05486oli>

Testad, I., Mekki, T. E., Førlund, O., Øye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F., & Kirkevold, Ø. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)-training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial: Evidence-based educational intervention in care home dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.1002/gps.4285>

Tenneij, N.H., Goedhard, L.E., Stolker, J.J., Nijman, H., y Koot, H.M. (2009). The correspondence between the Staff Observation Agression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incidents. *Archivers of Psychiatric Nursing*, 23(4), 283-288.

Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S., & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International journal of nursing studies*, 114, 103807. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103807>

Urrutia Beaskoa, A., & Erdoiza Inunciaga, I. (2010). Norma Libera-Ger (Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria). Fundación Cuidados Dignos. Diciembre 2010.

Urrutia, D., & Hernández, J. (2012) Manejo de Agitación en demencias. Revista memoriza, 9, 43-50. <https://silo.tips/download/manejo-de-agitacion-en-demencias>

Usher, K., Baker, J. A., Holmes, C. & Stocks, B. (2009). Clinical decision making for 'as needed' medications in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 981-991

Vázquez, J.M. y Muñoz A. (2020) Metodología del Proceso Enfermero, del Fundamento a la Práctica Clínica (2ª ed.). Funciden.

Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2023). *Nursing interventions classification (NIC)*. Edited by Cheryl M. Wagner, Howard K. Butcher, Mary F. Clarke (Eighth edition). Elsevier.

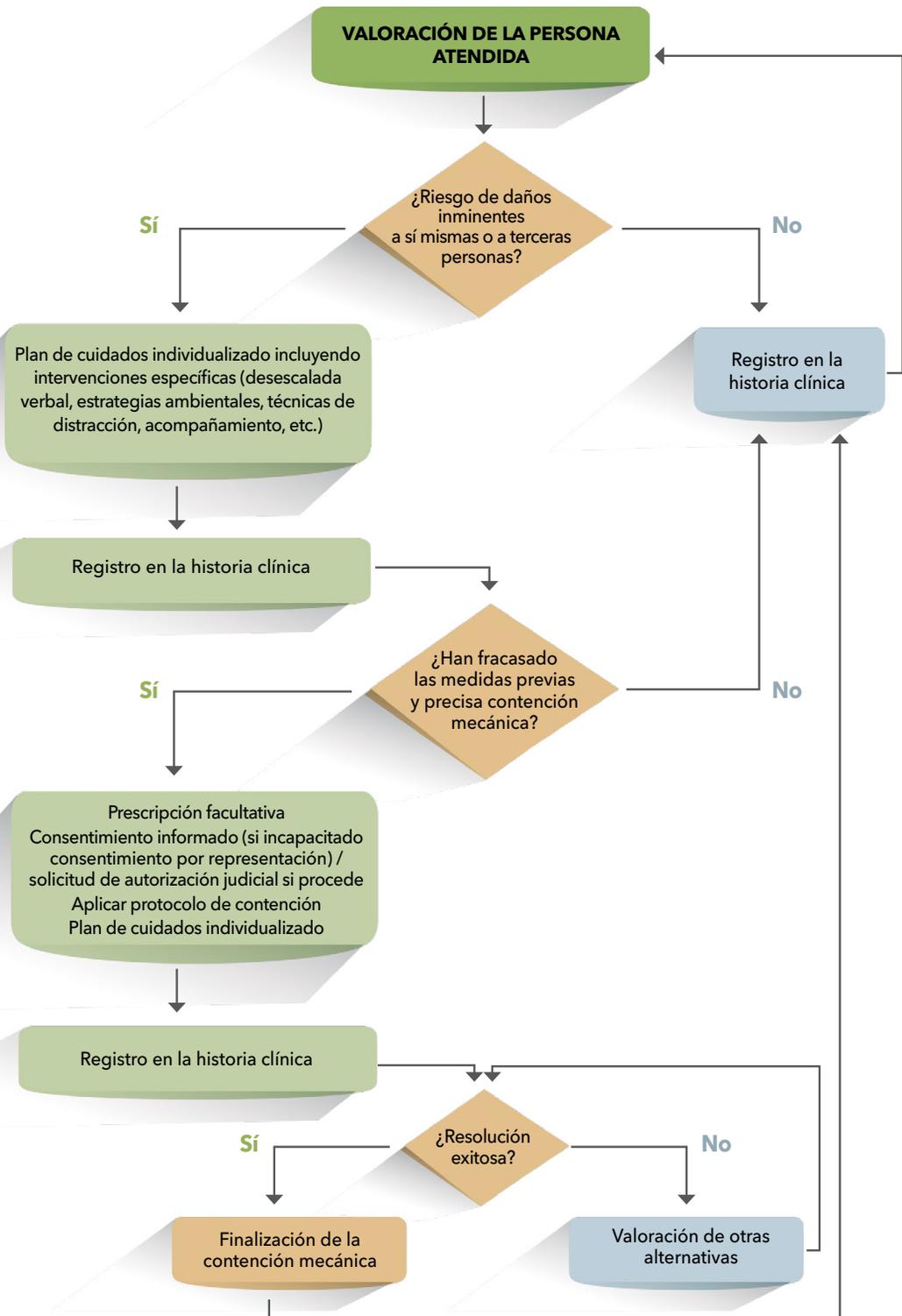
Wale, J., Belkin, G., Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services -improving patient- centered care. *Perm J*. 15(2), 57-62.





## 9. Anexos

### Anexo 1: Algoritmo de actuación

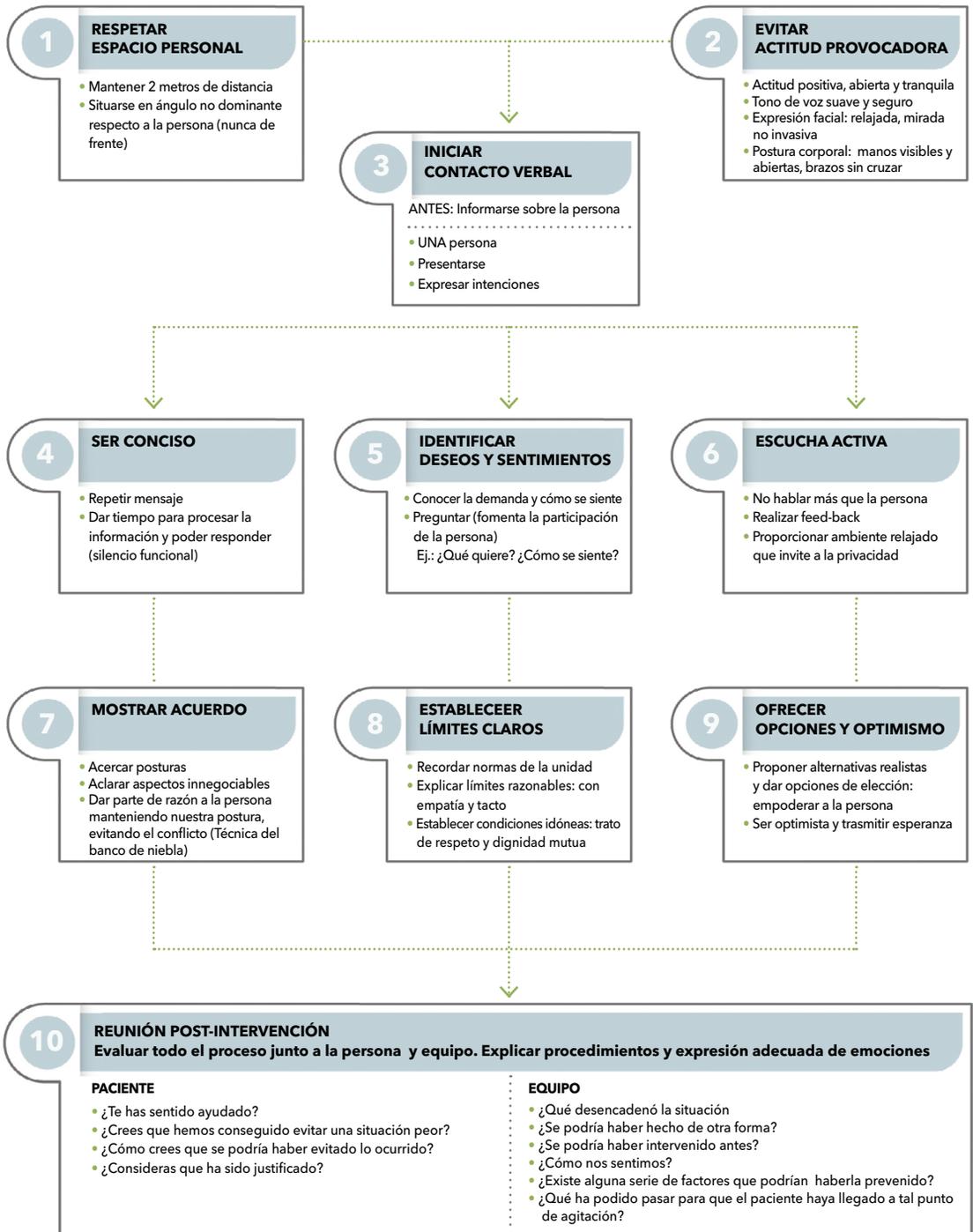


Análisis y reflexión sobre la actuación

# Anexo 2: Infografía desescalada verbal

## Los 10 dominios de la desescalada verbal

Germán Bola Saiz, Soraya Vega Martínez. Enfermeras especialistas de la Red de Salud Mental de Bizkaia.



## Anexo 3: Registros en la herramienta corporativa Osanaia dentro de la Historia Clínica

En un contexto de valoración focalizada, enfermería recoge los datos relacionados con el uso de contenciones físicas en el formulario “Contención”, ubicado dentro del apartado de Dispositivos/Heridas de la aplicación para el registro del proceso de enfermería OSANAIA.

Figura 4. Registro en la aplicación de Osanaia

**IDENTIFICACIÓN**

Fecha inserción 27/02/2024 15 (\*)

Indicación/motivo

- Autoagresividad (\*)
- Heteroagresividad
- Riesgo de daño inminente

Indicado por

Tipo de contención (puntos)

- 1 punto (\*)
- 2 puntos
- 3 puntos
- 4 puntos
- 5 puntos
- 6 puntos
- 7 puntos

Dispositivos utilizados

- Arnés (\*)
- Barreras
- Barreras con protectores
- Cinturón
- Muñequeras
- Manoplas
- Tobilleras
- Petos
- Sábanas

**RETIRADA**

Fecha inserción 27/02/2024 15

En dicho formulario existen unos datos mínimos que se deben valorar y registrar, marcados en asterisco rojo (\*)

Localización  (\*) +

Estrategias realizadas previas a la contención

<input type="checkbox"/>	Gestión de dispositivos y material
<input type="checkbox"/>	Acompañamiento de la familia/red de apoyo
<input type="checkbox"/>	Ambiente terapéutico
<input type="checkbox"/>	Sala confort/sala baja estimulación
<input type="checkbox"/>	Ocio terapéutico
<input type="checkbox"/>	Desescalada verbal
<input type="checkbox"/>	Técnicas de distracción y entretenimiento
<input type="checkbox"/>	Técnicas de relajación

Nº personal implicado

Observaciones

Los planes de cuidados están asociados a los diferentes dispositivos que se utilizan, de manera que una vez seleccionados en la variable “Dispositivos utilizados”, OSANAIA ofrecerá 3 tipos de planes de cuidados específicos, los cuales se han configurado en base a 3 grupos:

**Tabla 6. Grupos de dispositivos**

<b>GRUPOS DE DISPOSITIVOS</b>	<b>DISPOSITIVOS UTILIZADOS</b>
<b>CONTENCIÓN DE EXTREMIDADES</b>	Muñequeras
	Tobilleras
	Manoplas
<b>CONTENCIÓN DE TRONCO</b>	Arnés
	Cinturón
	Petos
	Sábanas
<b>OTRAS CONTENCIÓNES</b>	Barreras
	Barreras con protectores
	Disposición mobiliario

En el caso de la contención física en el que se usan muñequeras, tobilleras y cinturón, aparecerá un plan de cuidados que contiene los diagnósticos resultados e intervenciones de los planes de contención de extremidades y de tronco de manera unificada.

A continuación, se detallan los planes de cuidados asociados a cada grupo:

**Tabla 7. Plan de cuidados: Contención de extremidades (muñequeras, tobilleras y manoplas)**

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INDICADORES	INTERVEN- CIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de síndrome de desuso	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Retención urinaria	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar y/o medir diuresis (Continua)</li> </ul>
		Movimiento articular	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente (Si precisa)</li> <li>• Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca (Programada)</li> </ul>
		Úlceras por presión	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal (Si precisa)</li> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con nutrición e hidratación (Continua)</li> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con la eliminación (Continua)</li> <li>• Realizar higiene en la cama (Programada)</li> </ul>
Ansiedad	Nivel de agitación	Inquietud	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento, propósito y periodo de tiempo de la intervención al paciente y seres queridos en términos comprensibles y no punitivos (Si precisa)</li> <li>• Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva (Si precisa)</li> <li>• Vigilar respuesta al procedimiento (Si precisa)</li> </ul>
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	Perfusión tisular: periférica	Dolor localizado en extremidades	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar estado de la piel en sitio de sujeción (Programada)</li> <li>• Durante la 1ª hora de la sujeción revisar cada 15 minutos los puntos de sujeción (Programada)</li> <li>• Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente de las extremidades sujetas (Programada)</li> </ul>

**Tabla 8. Plan de cuidados: Contención de tronco (arnés, cinturón, peto, sábanas)**

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INDICADORES	INTERVEN- CIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de síndrome de desuso	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Retención urinaria	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar y/o medir diuresis (Continua)</li> </ul>
		Movimiento articular	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca (Programada)</li> <li>• Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosiones en la piel (Si precisa)</li> </ul>
		Úlceras por presión	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal (Si precisa)</li> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con nutrición e hidratación (Continua)</li> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con la eliminación (Continua)</li> <li>• Durante la 1ª hora de la sujeción revisar cada 15 minutos los puntos de sujeción (Programada)</li> <li>• Realizar higiene en la cama (Programada)</li> </ul>
			Monitorización de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio (Si precisa)</li> </ul>
Ansiedad	Nivel de agitación	Inquietud	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento, propósito y periodo de tiempo de la intervención al paciente y seres queridos en términos comprensibles y no punitivos (Si precisa)</li> <li>• Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva (Si precisa)</li> <li>• Vigilar respuesta al procedimiento (Si precisa)</li> </ul>

**Tabla 9. Plan de cuidados: Otras contenciones (barreras, barreras con protectores, disposición de mobiliario)**

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INDICADORES	INTERVEN- CIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de síndrome de desuso	Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas	Retención urinaria	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar y/o medir diuresis (Continua)</li> </ul>
		Movimiento articular	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con nutrición e hidratación (Continua)</li> <li>• Ayudar con necesidades relacionadas con la eliminación (Continua)</li> <li>• Permitir el movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente (Si precisa)</li> </ul>
	Consecuencias de la inmovilidad psicocognitivas	Estado cognitivo	Sujeción física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y seres queridos en términos comprensibles y no punitivos (Si precisa)</li> <li>• Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento (Si precisa)</li> </ul>

Además, en el botón de  del formulario de Contención física se detallan algunos términos que pueden ser de utilidad al o la profesional para aclarar dudas respecto al registro y un link a esta guía.

## Anexo 4: Recomendaciones para el desarrollo de un plan de formación (Ridley & Leitch, 2021)

Tabla 10. Recomendaciones formación

RECOMENTACIONES FORMACIÓN	
1	<b>Coordinación</b> entre la persona a cargo de organizar la formación con la encargada de impartirla.
2	<b>Plan de estudios.</b> La persona responsable de organizar la formación debe elaborar una propuesta escrita que incluya la justificación de la misma.
3	<b>Evaluación de riesgos integral</b> en cada técnica del plan de estudios.
4	<b>Compromiso explícito de reducción</b> de todas las prácticas restrictivas.
5	<b>Participación de personas que han vivido una contención.</b>
6	<b>Modalidad de formación.</b>
7	<b>Programa formativo.</b> Información <b>accesible</b> sobre el contenido del mismo.
8	<b>Atención al alumno/a.</b> Establecer una política <b>de respuesta</b> a las preocupaciones y quejas.

### 1. COORDINACIÓN

Debe existir una coordinación entre la persona encargada de organizar la formación (responsable de desarrollar la propuesta escrita y de acordar el plan de estudios) con la encargada de impartirla (si no son la misma persona). En ese caso, ambas son **responsables de la supervisión, revisión anual del plan de estudios y de su modificación**, cuando sea necesario (Ridley & Leitch, 2021).

Antes de desarrollar e impartir cualquier programa formativo, quien lo organiza deberá proporcionar **un análisis de las necesidades de formación** a quien va a ser impartido.

Este análisis se proporcionará con la antelación suficiente para poder adaptar los contenidos (Ridley & Leitch, 2021).

- El análisis de las necesidades de formación se deberá adaptar al entorno e incluirá las características, necesidades y riesgos de las personas que son atendidas por los receptores de la misma, **basándose en las pruebas actuales y en los datos de incidentes ocurridos durante los dos últimos años** (Ridley & Leitch, 2021).

- Tanto quien organiza la formación como quien la imparte se asegurarán de que la misma cumple con la normativa vigente en cuanto a la **Ley de Protección de Datos de carácter personal**. Cualquier dato relativo a personas concretas debe estar anonimizado (Ridley & Leitch, 2021).
- Toda Organización que desee impartir cualquier formación en contención física deberá cerciorarse previamente de que también cuenta con un nivel adecuado de **formación en soporte vital básico y/o avanzado**. Quien provee la formación debe garantizar que el programa de estudios tenga en cuenta los riesgos para las poblaciones y personas (Ridley & Leitch, 2021).
- Se debe garantizar una **formación adaptada a los/as alumnos/as y que tenga en cuenta las características específicas de la población** a la que atienden. Para ello, la persona responsable de organizar la formación proporcionará a quien imparte, en el *análisis de las necesidades de formación*, al menos la siguiente información sobre los/as pacientes (Ridley & Leitch, 2021):
  - Rango de edad, identidad de género, herencia cultural y diagnósticos.
  - Problemas de procesamiento sensorial que puede elevar el riesgo de daño a una persona si se utiliza una intervención restrictiva.
  - Características físicas o problemas de salud que puedan elevar el riesgo de daño a una persona si se utiliza una contención.
  - Características emocionales o psicológicas conocidas, o problemas actuales y potenciales que puedan elevar el riesgo de daño a una persona si se utiliza una contención, incluyendo antecedentes de trauma.
  - Problemas de desarrollo asociados el incremento el riesgo de daño a una persona sometida a intervenciones restrictivas.

## 2. PLAN DE ESTUDIOS

La persona responsable de impartir la formación debe elaborar por escrito un plan de estudios que incluya la justificación de la enseñanza de intervenciones restrictivas específicas. Esa propuesta deberá incluir tanto los aspectos teóricos como prácticos (Ridley & Leitch, 2021).

- Quienes reciban formación en técnicas de contención deberán haber completado previamente un mínimo de 12 horas de formación en la elaboración de estrategias preventivas y secundarias. Esta formación previa podrá ser mixta, pero **en su mayor parte será de carácter presencial para garantizar la práctica** y el debate sobre lo aprendido (Ridley & Leitch, 2021).
- La propuesta de formación se basará en el análisis de las necesidades de formación proporcionado por los/as organizadores de la formación e incluirá como mínimo (Ridley & Leitch, 2021):

- A quién va dirigida la formación.
- Objetivos.
- Los resultados de cada programa.
- Métodos de formación.
- Tiempos.
- Método de evaluación.
- Justificación de la inclusión de cada intervención restrictiva en el programa.
- Puede ser en cualquier formato, pero debe incluir como mínimo lo siguiente (Ridley & Leitch, 2021):
  - Nombre y descripción de la intervención restrictiva (diagrama o foto).
  - Justificación del uso (porqué y en qué situación).
  - Cómo se enseñará la intervención al personal.
  - Cómo se comprobará la competencia.
  - Cuestiones de seguridad para el personal durante la enseñanza y la práctica: generales y específicas.
  - Cualquier cuestión que pueda comprometer la fidelidad de la técnica entre la versión enseñada en el aula y su aplicación en la práctica. Esto debe incluir una descripción de cómo los problemas identificados pueden comprometer tanto la seguridad como la eficacia.
  - Pautas generales de seguridad según legislación y normativa.
  - Directrices de seguridad centradas en la persona que tengan en cuenta sus preferencias y necesidades.
  - Una declaración de que la intervención restrictiva debe utilizarse tal y como se ha enseñado y no debe modificarse, a menos que quien provee la formación lo autorice.

### **Formación a personal que trabaja en entornos de bajo riesgo**

Si el análisis de las necesidades de formación identifica grupos específicos de **personal que tienen un riesgo bajo** de verse implicados en situaciones difíciles (por ejemplo, personal administrativo o de mantenimiento), es posible que sólo necesiten un **curso breve (un día) de desescalada y habilidades de autoprotección** que no impliquen la contención mecánica ni la autodefensa.

Esta formación debe garantizar que quienes participen comprendan las causas que desencadenan que una persona se altere o se angustie. También debe hacer referencia a los requisitos de registro y notificación si se produce un incidente (SNASP, evento centinela, notificación a Salud Laboral). Se recomienda que la proporción entre formador/a y participantes sea de 1:18 (Ridley & Leitch, 2021).

### **Formación a personal que trabaja en entornos de alto riesgo**

En el caso de las personas que trabajan en entornos de riesgo y que aún no han recibido una formación completa, podrían asistir al programa de un día para aprender habilidades de manejo **no restrictivas**. Deben aplicarse los siguientes criterios (Ridley & Leitch, 2021):

- Todos los/as participantes deben completar un programa completo que cumpla con todas las normas en el plazo de un mes después de la finalización del programa corto.
- El análisis de las necesidades de formación y la propuesta escrita deben indicar la fecha del programa completo.
- Los certificados de asistencia de los/as asistentes a los programas cortos deben indicar la fecha en la que debe completarse el programa completo.
- La formación no es transferible a otros entornos.

La persona formadora también debe informar de los siguientes detalles sobre la formación a impartir (Ridley & Leitch, 2021):

- Descripción general de la formación teórica.
- Descripción general de la formación práctica, que incluya la duración de la sesión.
- Breve descripción de la naturaleza de las sesiones de formación y cualquier requisito físico específico (por ejemplo, especificar que requerirá ponerse de pie y arrodillarse durante algún procedimiento).
- Cualquier requisito específico en cuanto a la ropa o el calzado recomendado para la formación.
- Cómo contactar previamente con el/la responsable de la formación.

### **3. EVALUACIÓN DE RIESGOS DE LA FORMACIÓN**

Quien imparte la formación debe garantizar que se evalúa de forma integral el riesgo en cada técnica de contención física incluida en el plan de estudios.

- La evaluación de riesgos debe incluir (Ridley & Leitch, 2021):
  - La capacidad de entrenamiento, la complejidad, la eficacia y los inconvenientes de la técnica.

- Los factores de riesgo para las personas, incluido el desplazamiento/manipulación manual, riesgos físicos/fisiológicos, riesgos psicológicos (riesgo de causar o desencadenar un trauma) y riesgos para la dignidad.

La evaluación de riesgos debe tener en cuenta los antecedentes de las lesiones que se han producido previamente en el entrenamiento de esta técnica y cualquier daño derivados de su aplicación en la vida real. Estos riesgos deberán ser revisados cada 2 años (Ridley & Leitch, 2021).

- La evaluación de riesgos de cada sujeción física debe garantizar que esta es idónea para los/as pacientes a los que se destina.
- El personal formador no debe incluir la enseñanza de ninguna técnica que utilice el dolor para obligar a una persona a aceptar una indicación.

#### **4. PLAN DE REDUCCIÓN/ELIMINACIÓN DE PRÁCTICAS RESTRICTIVAS**

La formación debe impartirse en el contexto de un compromiso explícito de reducción de todas las prácticas restrictivas. La organización debe contar con un plan de reducción de sujeciones con resultados y acciones medibles que apoyen dicha reducción del uso de prácticas restrictivas (Ridley & Leitch, 2021).

#### **5. PARTICIPACIÓN DE PERSONAS QUE HAN VIVIDO UNA CONTENCIÓN MECÁNICA**

Quien organiza la formación debe **garantizar la participación de personas que han vivido una contención mecánica** en el desarrollo e impartición de la actividad relacionada con el uso de intervenciones restrictivas. La coproducción de materiales y formación con personas que han vivido estas experiencias puede incluir el uso de monólogos, video-diarios u otras formas de apoyar el debate y la interacción con los/as participantes. Las personas que participen en la formación también deben recibir una compensación adecuada. Los/las organizadores/as de la formación debe prestar atención y planificar adecuadamente cualquier sesión coproducida y, si las hubiera, considerar si se va a impartir conjuntamente con una persona que haya vivido la experiencia. Compartir vivencias puede ser una experiencia emocionalmente intensa, tanto para la persona con experiencia vivida como para los/as participantes por lo que deben establecerse las medidas de apoyo adecuadas al respecto (Ridley & Leitch, 2021).

#### **6. MODALIDAD DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

Con respecto a la modalidad de formación (Ridley & Leitch, 2021):

- La formación de actualización debe tener lugar como mínimo anualmente y debe incluir pruebas de competencia para los requisitos que se considere como mínimos del contenido.

- Los ciclos de reciclaje o actualización pueden, en algunas circunstancias, aumentar su frecuencia si las circunstancias individuales o del servicio cambian.
- Las personas formadoras deben especificar y acordar los requisitos del lugar de formación con la organización que encarga la misma en el marco del plan de formación.
- Cuando se enseñe y evalúe la competencia en habilidades prácticas (por ejemplo, físicas) con un componente restrictivo, **la proporción (de formadores a participantes) no debe ser superior a 1:12** o que siempre haya una segunda persona formadora cuando los riesgos son mayores, por ejemplo, por la complejidad de la técnica o el uso de la simulación.
- Tanto la organización de la formación como las personas que la imparten deberán acreditar la existencia de un **seguro profesional y de responsabilidad civil**.

## 7. ACCESO A LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA

La persona formadora debe proporcionar información accesible sobre el contenido del programa. La información debe estar disponible para todas las personas que se vean directa o indirectamente afectadas por la formación (Ridley & Leitch, 2021).

La información debe:

- Estar a disposición de la organización que la promueve la formación.
- Estar disponible para cualquier persona que la solicite.
- Estar en un formato que se adapte a los requisitos y necesidades de comunicación de las personas.
- Abarcar tanto los aspectos teóricos como los prácticos de la formación. Todas las intervenciones restrictivas que se vayan a enseñar deben describirse, junto con los riesgos potenciales, y la justificación de su inclusión en el programa.

## 8. ATENCIÓN ALUMNO/A

La persona formadora debe tener una política para responder a las preocupaciones y quejas. Describirá claramente cómo se procesarán y tratarán las preguntas, preocupaciones, quejas y reclamaciones (Ridley & Leitch, 2021). Debe estar:

- Disponible a petición de la persona interesada.

## Guía de recomendaciones para la prevención y reducción del uso de contenciones en personas adultas durante la atención sanitaria

- Disponible públicamente, por ejemplo, a través del sitio web de la organización que programa la formación.
- Presentada en una hoja que contenga la información de contacto con la organización que promueve la formación.

Debe incluir (Ridley & Leitch, 2021):

- Un plazo para el acuse de recibo de la reclamación.
- Detalles de cómo se llevará a cabo una investigación para determinar si la queja está justificada o no.
- Un proceso para un análisis de la causa raíz de la queja, y las medidas correctivas.
- Detalles sobre el cierre de la reclamación y cómo se informa a quien denuncia.



