

F. Mayoral¹
F. Torres²
Grupo EUNOMIA³

La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría

¹ Sección de Psiquiatría.
Hospital Carlos Haya
Málaga

² Departamento de Psiquiatría
Universidad de Granada
Granada

³ European Evaluation of Coercion
in Psychiatry and Harmonisation
of Best Clinical Practise Group

Introducción. La utilización de medidas restrictivas en el tratamiento de los enfermos mentales se remonta a los orígenes mismos de la psiquiatría. El difícil equilibrio entre la protección y seguridad de los pacientes y el respeto a la elección de tratamiento y a la libertad del individuo ha suscitado un profundo debate en la práctica psiquiátrica desde los tiempos de Pinel y de la «terapia moral». La efectividad de su aplicación tanto a corto como a largo plazo, su repercusión sobre la adherencia al tratamiento, la percepción subjetiva de los propios pacientes que han sido sometidos a las mismas y su relación con la conciencia de enfermedad son sólo algunas cuestiones sobre las que aún existen pocos datos en la literatura.

Objetivos. Este trabajo realiza una actualización y revisión sobre la utilización de medidas coercitivas en el tratamiento psiquiátrico y forma parte del proyecto EUNOMIA (estudio europeo sobre evaluación de las medidas coercitivas en el tratamiento psiquiátrico).

Conclusiones. *a)* La utilización de medidas coercitivas (aislamiento, contención física y química) son procedimientos ampliamente extendidos en la hospitalización psiquiátrica; *b)* llama la atención la ausencia de estudios empíricos sistematizados sobre la evaluación de la utilización de tales medidas, y *c)* desde el punto de vista jurídico aún existe una gran ambigüedad en el marco regulador de su aplicación.

Palabras clave:

Tratamiento coercitivo. Coerción. Tratamientos psiquiátricos.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):331-338

Use of coercive measures in psychiatry

Introduction. The use of coercive measures in the treatment of medical patients dates back to the origins of psychiatry. The difficult balance between patient protection and safety, patient rights and freedom to choose treatment has provoked strong discussion in the psychiatric

practice since the age of Pinel and «moral treatment». Their short and long-term effectiveness and their influence on treatment adherence as well as the subjective perception of patients submitted to coercive measures and their relationship with the awareness of illness are only some of the questions for which we still have few answers.

Objectives. This article reviews and updates the topic on the use of coercive measures in psychiatric treatment. It forms a part of the EUNOMIA project, a European study evaluating the use of coercive measures in the treatment of psychiatric patients in twelve countries.

Conclusions. *a)* The use of coercive measures (seclusion, physical and chemical restraint) in the treatment of psychiatric patients is very common in psychiatric hospitalization; *b)* there is a remarkable lack of experimental studies concerning the use of these measures, and *c)* from the legal viewpoint, ambiguity still exists in the regulation of the application of these measures.

Key words:

Coercive treatments. Coercion. Psychiatric treatments.

«Teniendo al paciente acostado en una habitación cálida, sin luz intensa, con paredes sin pinturas ni otra decoración, el espacio debe permanecer tranquilo, evitando la presencia de otras personas, especialmente de extraños,... instruyendo a los sirvientes para que eviten aberraciones en la conducta del enfermo mientras se le escucha de una manera empática,... y si el paciente empieza a querer levantarse o salir de la habitación y no se le puede contener, utilícese un número suficiente de sirvientes para poder sujetarlo de las extremidades a la vez que se le aplican masajes; de esta forma se evitará que se dañe... Si el paciente se excita al ver a las personas podrá ponerse una venda en los ojos sin causarle heridas...»

SORANUS, II AD

El empleo de medidas coercitivas en el tratamiento y manejo de los enfermos mentales ha sido documentado desde la antigüedad. Foucault en su *Historia de la locura en la época clásica*¹ nos ilustra con los múltiples métodos em-

Correspondencia:

Fermin Mayoral

Servicio de Psiquiatría

Hospital Carlos Haya

Av. Gálvez Ginachero, s/n

29007 Málaga

Correo electrónico: fermin.mayoral.sspa@juntadeandalucia.es

pleados hasta el siglo XVIII para reducir, calmar y/o castigar a los enfermos mentales que, vistos como poseídos o desviados, había que confinar y aislar.

Con la llegada de la Ilustración y el nacimiento del «tratamiento moral» inspirado por médicos como William Cullen (1710-1790) y Tuke en Inglaterra se empezó a aliviar y a reducir el rigor de tales medidas. No obstante, la consideración de la enfermedad mental como un desajuste de las pasiones continuaba preconizando la necesidad de su utilización:

«Restringir la ira y violencia de los enfermos mentales es siempre necesario para prevenir que se hieran ellos mismos o que dañen a otros; pero tal restricción debe de ser también considerada como un remedio. Las pasiones de la ira se vuelven más violentas a causa de la indulgencia...»

W. CULLEN

Pero quizá sean Philippe Pinel, padre de la psiquiatría moderna, y su discípulo Esquirol, con la simbólica abolición de las cadenas y la liberación de los alienados del hospital de Bicêtre y de la Salpêtrière en París, las figuras a quienes se reconoce una mayor contribución en la transformación del paradigma custodial y asilar que había dominado hasta entonces el tratamiento de la enfermedad mental.

Con la organización y reglamentación de los procedimientos terapéuticos que se aplicaban a los enfermos en las instituciones, hace ya 2 siglos, Pinel sentaba las bases para la aplicación de medidas restrictivas como el aislamiento y la contención mecánica, subrayando el balance entre la seguridad y los derechos de los pacientes y aboliendo el uso punitivo de las mismas.

Desde entonces, el uso de medidas coercitivas en psiquiatría ha continuado siendo objeto de debate. Por un lado están los que consideran necesario e inevitable ejercer algún tipo de presión para conseguir que algunos pacientes acepten el tratamiento o para evitar que se produzcan daño físico a sí mismos o a terceros y, por otro lado, los que ven el uso de medidas coercitivas como un barómetro de la naturaleza ética de los tratamientos psiquiátricos, cuestionando todo el sistema de atención y cuidados del enfermo mental.

Hasta hace poco tiempo este debate se mantuvo casi enteramente en términos abstractos, centrado en aspectos filosóficos, éticos o legales, habiéndose estudiado apenas, empíricamente, sobre su práctica cotidiana. Desde esta perspectiva, siguiendo una aproximación más empírica o experimental, pueden distinguirse tres aspectos en la consideración del tema:

- Aspectos epidemiológicos de las medidas coercitivas en psiquiatría. ¿Con qué frecuencia son aplicadas dichas medidas? ¿En qué sujetos se utilizan con más frecuencia? ¿Existen factores sociodemográficos (edad, sexo, raza, clase social) asociados a la aplicación de estas medidas?

- Aspectos clínicos y evaluación de resultados. ¿Qué variables clínicas o diagnósticas pueden estar relacionadas con la aplicación de medidas coercitivas? ¿Qué efectividad tienen estas medidas? ¿Qué consecuencias tienen en los sujetos que las reciben de cara a la evolución de sus síntomas o de la posterior adherencia al tratamiento? ¿Qué efectos físicos o psicológicos negativos pueden desencadenar a corto y medio plazo en los sujetos a los que les son aplicadas? ¿Y en los sujetos que las aplican pueden causar también algún tipo de efecto?
- Aspectos normativos, éticos y legales. ¿Existen indicaciones claras para su aplicación? ¿Y contraindicaciones? ¿Se aplican protocolizadamente? ¿Qué procedimientos se emplean? ¿Se registran adecuadamente? ¿Qué marco legal regula tales intervenciones?

Hasta finales de la década de 1990 no existían estudios específicos sobre la utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. La mayoría de los datos disponibles procedían de estudios retrospectivos, con muestras pequeñas y con importantes lagunas metodológicas. No se había explorado la dimensión subjetiva de forma sistemática y tampoco existían instrumentos validados para medir la coerción percibida por los enfermos o sus familiares. En los últimos años han surgido nuevos estudios, tanto en Estados Unidos² como en Europa³, que, con una metodología rigurosa, han aportado información sobre la efectividad y las consecuencias de la aplicación de medidas de coerción en distintos contextos clínicos (unidades de hospitalización de psiquiatría, salas de urgencia, hospitales psiquiátricos, salas de geriatría, etc.). En esta línea se inscribe el proyecto European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practise (EUNOMIA), actualmente en desarrollo en 12 países de Europa. Este proyecto está dirigido a evaluar la aplicación de medidas coercitivas en psiquiatría, analizando los factores que influyen en su aplicación y midiendo la efectividad y resultados de las mismas, con el objetivo de proporcionar unas recomendaciones básicas para la armonización de su práctica en Europa.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El término coercitivo, en lengua española, se aplica a lo que sirve o emplea para «reprimir o no permitir»⁴. En el contexto de aplicación de tratamientos podríamos definirlo como «el uso de medidas de presión física, psicológica o de cualquier otro tipo para conseguir la aceptación o aplicación de un tratamiento en beneficio del propio paciente o de la seguridad de los demás»⁵.

Desde un punto de vista operativo podríamos distinguir entre:

1. Medidas coercitivas para aplicación de tratamientos:
 - Ingreso involuntario.
 - Aislamiento o reclusión en un espacio destinado a este fin.

- Uso de algún otro tipo de procedimiento o medida contra la voluntad del paciente para garantizar la aplicación del tratamiento:
 - Sujeción física.
 - Sujeción mecánica de uno o más miembros.
- 2. Aplicación propiamente dicha de tratamientos forzados o involuntarios mediante presión o alguna otra fuerza, como el uso de medicación inyectable u otras intervenciones terapéuticas contra la voluntad del individuo.

Aunque estas medidas no abarcan todas las formas de «presión» o «restricción» a las que pueden ser sometidos los pacientes psiquiátricos, resultan ser los procedimientos más habituales que pueden ser registrados e identificados en el ámbito hospitalario.

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE MEDIDAS RESTRICTIVAS EN PSIQUIATRÍA

Frecuencia

Quizás una de las primeras preguntas que cabe hacerse en relación con la aplicación de medidas coercitivas sería sobre la frecuencia de su uso en psiquiatría en contraste con otras especialidades médicas y quirúrgicas del hospital. En términos absolutos existe una gran variabilidad en los estudios que revisan, casi siempre de forma retrospectiva, la frecuencia del empleo de alguna medida restrictiva en pacientes hospitalizados. Entre las limitaciones que encontramos para poder extraer resultados comparativos está la definición y el método de contabilizar el procedimiento restrictivo.

En general se han utilizado tres formas:

- Porcentaje de procedimientos coercitivos aplicados (aislamiento o contención mecánica) sobre el total de episodios de ingreso o de pacientes en un intervalo de tiempo. Este intervalo varía de 6 semanas a 30 meses. En algunos estudios el intervalo de tiempo es el de la estancia hospitalaria. Suele aplicarse en unidades de hospitalización de corta y media estancia. Un estudio realizado a lo largo de 3 años, en la década de 1970, por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) encontró que el 66 % de los pacientes admitidos en un hospital universitario había sido sometido a prácticas coercitivas⁶. Estudios posteriores realizados en hospitales estatales de Estados Unidos^{7,8} situaban entre un 15 y un 51 % el porcentaje de pacientes que recibieron algún procedimiento restrictivo durante su ingreso. Otro estudio realizado en el Reino Unido a lo largo de 1 año encontró que sólo de un 2,6 a un 3,3 % de pacientes hospitalizados fueron sometidos a alguna forma de restricción⁹. Un estudio reciente realizado en Finlandia¹⁰ sobre 1.543 ingresos consecutivos en unidades de hospitalización psiquiátrica encontró que el 32,3 % de los pacientes fueron some-

tidos a alguna medida restrictiva, de los cuales un 9,5 % lo fueron a aislamiento o contención (tabla 1).

En los servicios de urgencia hospitalaria, donde también cabría esperar mayor utilización de medidas de contención, tanto física como química, tampoco existe mucha información respecto de la frecuencia de su utilización. Un estudio realizado en Estados Unidos sobre 50 salas de urgencias psiquiátricas encontró que un 37,5 % de pacientes sufrieron algún tipo de medida restrictiva, pero sólo el 8,5 % fue sometido a contención física¹¹.

- Porcentaje de pacientes sometidos a alguna medida coercitiva en un periodo de tiempo respecto al total de pacientes ingresados. Este método es utilizado en algunas unidades de larga estancia o residenciales y el periodo de tiempo que suele considerarse va de 1 a 18 meses. En el estado de Nueva York diversos estudios encontraron un rango del 0,94 al 9,4 % del total de pacientes hospitalizados^{12,13}.
- Número de horas de restricción (aislamiento o contención mecánica) aplicadas por paciente (utilizando el número medio de pacientes de la unidad) o por episodio. Es quizás el método más fácil y por ello es el que se suele utilizar administrativamente como referencia al comparar diferentes unidades o servicios.

Factores sociodemográficos

Un amplio estudio de revisión sobre la correlación entre la aplicación de medidas restrictivas y variables sociodemográficas como edad, sexo y raza no encontró ninguna asociación clara¹⁴.

Existen otros estudios en los que se ha encontrado mayor frecuencia en la utilización de medidas coercitivas entre jóvenes que en mayores, correlacionándose la edad negativamente con el empleo de dichas medidas^{7,9,12,15,16}.

Respecto al sexo, algunos estudios hallaron una más frecuente aplicación de medidas coercitivas en los hombres^{7,17}. Sólo un estudio encontró una mayor aplicación en mujeres¹³, siendo mayoritarios los que no encontraron asociación alguna^{7,15,16,18}.

Tabla 1	Porcentaje de pacientes sometidos a medidas de contención	
Autor	País	Porcentaje
Wadeson, 1976	Estados Unidos	66
Okin, 1985	Estados Unidos	15-51
Thompson, 1986	Reino Unido	3,3
Kaltiala-Heino, 2000	Finlandia	32,3

En relación con la raza, tampoco se pueden extraer conclusiones claras. Mientras algunos estudios encontraron una correlación positiva con la raza negra^{17,19-22}, otros no evidenciaron ninguna relación^{7,15,16,18}.

ASPECTOS CLÍNICOS Y EFECTIVIDAD DE RESULTADOS

Cabe preguntarse cuáles son las condiciones o características clínicas en las que se aplican medidas coercitivas en psiquiatría o si se puede hablar de algunas situaciones del contexto asistencial que hagan su utilización más frecuente.

Aunque, en general, cualquier cuadro de agitación de origen psiquiátrico o no, puede conducir a la aplicación de medidas de contención en las salas de urgencia o en las plantas hospitalarias, la mayor parte de los estudios destacan las psicosis, los trastornos de conducta asociados al retraso mental y la manía, como los diagnósticos sindrómicos en los que más frecuentemente se aplican medidas coercitivas^{8,12,23}.

En cuanto a las condiciones «contextuales» asistenciales, la sobreutilización de las medidas de contención se ha relacionado con la reducción de la proporción personal médico/paciente²⁴, la masificación de la unidad²⁵ y los turnos de tarde y noche²⁶. Por el contrario, factores como más personal médico/paciente y un mayor tiempo de actividades programadas en la unidad parecen relacionarse con una menor utilización de dichas medidas²⁷.

Para evaluar la efectividad sería necesario distinguir en primer lugar si las medidas cumplen el objetivo por el cual son aplicadas y en segundo lugar sus efectos o consecuencias sobre el paciente y el equipo médico más allá de la situación que justificó su aplicación.

Respecto a las causas más frecuentes que motivan la utilización de medidas coercitivas, la literatura destaca la agitación, seguida de la agresividad hacia personas u objetos, las amenazas hacia el personal médico o hacia otros pacientes, la falta de cooperación y las conductas que supongan algún riesgo para el propio paciente o para otros^{14,27}.

Aunque existen estudios que llegan a cuantificar la efectividad de las medidas de contención física en un 60%²⁸ y del aislamiento en un 70%²⁹, habría que evaluar no sólo cuál medida reduce mejor qué tipo de agitación o conducta, sino también si es mejor la secuenciación gradual o la combinación, por ejemplo, del aislamiento y/o la contención mecánica. Asimismo, cabría evaluar si debe asociarse siempre el empleo de medicación sedativa o reservar esta opción sólo para los casos en los que no sea posible la administración del tratamiento de ninguna otra forma.

Los estudios de revisión publicados hasta la fecha^{14,27} destacan la falta de estudios controlados y la gran variabili-

dad en la práctica clínica entre los distintos tipos de intervención (psicológica, física o farmacológica) no hacen posible las comparaciones. Por tanto, hasta el momento no se han podido saber los beneficios de unos sobre otros ni los riesgos de su utilización.

Una dimensión que ha despertado más interés en los estudios aparecidos últimamente sobre medidas coercitivas y tratamientos forzados en psiquiatría es la percepción subjetiva de los sujetos a los que son aplicadas y las consecuencias psicológicas de las mismas. Hasta el momento, el estudio que quizás haya aportado más en esta línea sea el realizado por Kjellin y Westrin en Suecia³⁰, estudiando una muestra de 100 ingresos consecutivos en dos unidades de hospitalización psiquiátrica de Upssala y Vastmanland, respectivamente. Este estudio fue realizado entre 1985-1986 y replicado posteriormente en 1991 por los mismos autores. El primer estudio compara 100 pacientes ingresados involuntariamente con otros tantos que ingresaron voluntariamente. En el segundo, la muestra es de 84 pacientes involuntarios y 84 voluntarios. En ambos se utiliza una metodología similar, aplicando los mismos criterios de exclusión: edad por debajo de 18 años y por encima de 65, diagnóstico de retraso mental o demencia y drogodependencia y pacientes que reingresaran en los 3 días consecutivos al alta. También se utilizaron la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) y la *Global Assessment Scale* (GAF) para recoger sintomatología y funcionamiento social. En el primer estudio se realizó un seguimiento de la muestra con tres puntos de corte: al ingreso, al alta y a las 3 semanas de la misma, aplicando los mismos instrumentos. El estudio distingue entre coerción en el momento del ingreso y medidas coercitivas empleadas durante la estancia en la unidad. Las fuentes para la recogida de datos fueron los informes y registros de dichas medidas realizados en la unidad y la información aportada por los propios pacientes, a los que se les preguntaba acerca de su opinión respecto al grado de coerción percibida durante el ingreso y estancia en la unidad.

Entre los resultados destaca la diferencia encontrada entre el registro o notificación formal de la utilización de alguna medida coercitiva o contraria a la voluntad del paciente y la información aportada por el propio paciente. Aunque el 80% de los ingresados involuntariamente reconocieron que fueron obligados a ingresar, menos del 40% de ellos percibieron coerción durante su ingreso. De este grupo fue notificada la utilización de alguna medida de restricción (aislamiento, contención física o medicación forzada) en un 23% de los episodios, mientras que los propios pacientes informaron de haber sido sometidos a alguna de estas medidas en un 65% de los casos. Del grupo de pacientes ingresados voluntariamente, el 7% expresó haberse sentido obligado a ingresar y el 28% expresó haber sido sometido a alguna medida coercitiva durante su estancia en el hospital.

Otro de los datos interesantes recogidos en este estudio ha sido el cambio producido entre 1986 y 1991. Comparando los dos estudios se aprecia un aumento del porcentaje de pacientes que percibió coerción durante su ingreso, pasando

de un 38 a un 55%. En cambio, la percepción subjetiva de medidas coercitivas percibida por los pacientes durante la estancia se redujo de un 65 a un 23%.

Finalmente, en relación con la efectividad, sería necesario estudiar los efectos que tiene la utilización de medidas coercitivas a medio y largo plazo; es decir, la relación existente entre el grado de coerción percibida y la evaluación de resultados clínicos. Los pocos estudios realizados hasta la fecha tampoco aportan resultados concluyentes, existiendo grandes diferencias entre Europa y Estados Unidos. En un estudio realizado sobre 825 pacientes, Rain et al.³¹ no encuentran relación entre el grado de coerción percibida en el momento del ingreso con la adherencia posterior al tratamiento al año de haber sido dado de alta. Similarmente, otro estudio de Nicholson³² respecto a la duración de la hospitalización, la percepción del beneficio de la misma y el funcionamiento social, medido con la GAF, tampoco encuentra diferencia entre aquellos que percibieron un alto grado de coerción durante su ingreso de los que lo percibieron bajo. En cambio, estudios realizados en Europa, principalmente en los países escandinavos, sí han encontrado relación entre el grado de coerción percibida y factores negativos de resultado. Así, el estudio realizado por Kaltiala-Heino en Finlandia³ encontró que los niveles altos de coerción percibida por los pacientes durante su ingreso se asociaban a unas peores expectativas respecto a la utilidad del tratamiento, a una peor relación terapéutica y a mayores tasas de incumplimiento y abandono del mismo.

ASPECTOS NORMATIVOS Y LEGALES

Aunque los tratamientos involuntarios en psiquiatría continúan siendo fuente de controversia en casi todos los sistemas legales occidentales, en la medida en que suponen una forma de privación de la libertad individual y de conculcación de los derechos fundamentales de la persona y, en el peor de los casos, una forma de punición y de control sobre conductas desviadas, en la práctica son procedimientos ampliamente extendidos que son necesarios para la reducción de la agitación y la prevención de daños, tanto en el propio paciente como en otros.

Sorprende, como señala Barrios³³ en una amplia y reciente revisión sobre el tema en legislación española, la escasa y en algunos aspectos inexistente jurisprudencia sobre la materia. Siguiendo a este autor, la regulación sobre el empleo de medidas restrictivas (coercitivas) en psiquiatría tiene los siguientes referentes legales en el marco jurídico español:

- La Constitución, que consagra una protección del derecho a la libertad individual como un valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1).
- La Ley General de Sanidad (Ley14/1986), que en su art. 10 reconoce al paciente el derecho a la libre elección entre las diferentes opciones terapéuticas, exigiéndose su previo consentimiento salvo en los casos

en que no se encuentre capacitado para tomar decisiones o en los que la urgencia no permita demoras.

- La recientemente aprobada Ley 41/2002, vigente a partir del 2003, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia y documentación clínica. El art. 2.2 instaura el principio general de previo consentimiento de los pacientes o usuarios, principio que preside, desde hace ya algunos años, el ámbito de intervenciones sanitarias³⁴, y el art. 2.4 establece que «todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley», cuestión que ha sido objeto de estudios en la doctrina jurídica española^{35,36}.
- La Ley de Enjuiciamiento Civil, que en el art. 763, heredero del antiguo art. 211 del Código Civil, regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, recabando la autorización judicial para su cumplimiento, salvo en los casos de urgencia. En estos últimos otorga un plazo de 24 h para la notificación del ingreso al tribunal competente, que deberá ratificarlo en un máximo de 72 h.

En lo relativo a la aplicación de otras medidas restrictivas distintas al internamiento, es decir, el aislamiento o la contención física, no existe ninguna norma explícita en el derecho español, ni en cuanto a supuestos de aplicación, ni a su duración, ni al personal autorizado para su prescripción, ni a su obligación de registro o notificación ni, en suma, sobre su control o garantía de que se cumplen los principios generales que las justifican: protección del propio paciente o de su entorno, indicación médica e imposibilidad de sustitución de la medida por otra alternativa menos restrictiva.

La pobreza de regulación positiva y doctrina legal se corresponde con una escasa fundamentación científica que sirva de guía para dar unas recomendaciones o pautas de actuación a nivel asistencial. Entre los pocos documentos técnicos oficiales existentes sobre restricción en psiquiatría destaca el «Acuerdo sobre los procedimientos de aislamiento y contención» realizado por la American Psychiatric Association (APA) y la National Association of Psychiatric Health Systems³⁷ en el que se define cada una de las medidas restrictivas y se dan unos principios generales sobre su utilización enumerando las siguientes indicaciones:

- Prevención de un daño inminente para sí mismo o para otros cuando se hayan mostrado ineficaces otras medidas.
- Prevención de la destrucción o daño sustancial del entorno físico.
- Prevención de una grave interrupción del programa de tratamiento.
- Como contingencia en la terapia conductual de la agresividad y violencia.
- Para disminuir la sobreestimulación/agitación.
- A requerimiento del propio paciente.

DISCUSIÓN

A pesar de su impopularidad y de seguir despertando reacciones viscerales en personas ajenas a la práctica psiquiátrica asistencial, la aplicación de medidas restrictivas, como la contención y el aislamiento, continúan siendo hoy procedimientos habituales en determinados contextos clínicos, como las salas de urgencia y las unidades de hospitalización psiquiátricas.

La variabilidad en las muestras y las diferencias terminológicas hacen muy difícil tener una idea acerca de la frecuencia de su utilización. El rango del porcentaje de pacientes sometidos a aislamiento va desde el 0 al 66 % según distintos estudios³⁸ y el de los que han sido sometidos a alguna forma de contención física o mecánica durante su hospitalización va del 0,4 al 9,4 %¹². De todas formas, las diferencias encontradas parecen depender más de las características de las instituciones u hospitales donde se han hecho los estudios que de las características de los pacientes. Respecto a la correlación con variables sociodemográficas, los datos existentes hasta ahora también están sesgados por las características de la muestra y de los lugares donde se han llevado a cabo los estudios, por lo que aún adolecen de poca validez externa.

En relación con los motivos o las causas que llevan a la utilización de medidas restrictivas en el paciente hospitalizado, aunque existe una gran variabilidad, la mayoría de los estudios señalan como principal motivo la reducción de la agitación cuando se aprecia algún riesgo de daño para el propio paciente o para otros, y se hayan agotado otras vías alternativas menos restrictivas para la aplicación del tratamiento. La complejidad de esta situación en la que se priva a una persona de sus derechos fundamentales para someterla a un tratamiento, «por su bien» o para preservar la seguridad de terceros, hace que se mezclen principios filosóficos, éticos, clínicos y de política asistencial. La justificación de su utilización va a depender, por una parte, del balance entre la prevención del daño que el propio paciente puede ocasionarse a sí mismo o a otros y de los daños, tanto físicos como psicológicos, asociados a su aplicación y, por otra, de su inevitabilidad por el empleo de otras medidas alternativas. Esta segunda condición no siempre es reconocida como requisito indispensable antes de su aplicación. En una encuesta realizada en Estados Unidos a directores de establecimientos psiquiátricos a nivel estatal sobre el motivo de utilización de la reclusión o de la contención física en sus pacientes, la mayoría consideró el peligro hacia los demás como la principal causa, no llegando a estar de acuerdo sobre la naturaleza de «último recurso» de la medida antes de llevarla a la práctica³⁹.

Por otra parte, es sorprendente, como señala una reciente revisión de la Colaboración Cochrane sobre la utilización de medidas coercitivas en pacientes con trastornos psiquiátricos⁴⁰, el hecho de que, a pesar de la «invasividad» de estos procedimientos, aún no existan ensayos clínicos que aporten una «base evidenciaria» sobre su eficacia. La amplia uti-

lización y continuidad en el empleo de estas medidas puede parecer que es la mejor prueba de su efectividad, pero aún así desconocemos los efectos en distintos tipos de pacientes o la comparación entre diferentes métodos o con procedimientos alternativos.

No obstante, el acontecimiento que quizás haya tenido más impacto en la opinión pública y en las autoridades sanitarias en Estados Unidos durante los últimos años, llegando incluso a impulsar modificaciones legislativas, ha sido el impacto mediático que tuvo la muerte de un adolescente, ocurrida en Connecticut en octubre de 1998, mientras estaba sometido a contención mecánica en una unidad psiquiátrica. La aparición en la prensa de una serie de reportajes sobre este acontecimiento⁴¹ dio origen a una investigación posterior, a mayor escala, en 50 estados, para tratar de identificar otras muertes producidas en similares circunstancias. Un equipo de investigación formado por representantes de asociaciones de usuarios, miembros de la administración sanitaria, periodistas y observadores independientes, logró identificar y acreditar la muerte de 142 pacientes en hospitales y otras instituciones psiquiátricas en la década anterior al fallecimiento de este joven por causas relacionadas con la aplicación de medidas de aislamiento y contención mecánica. La comisión investigadora redactó un informe, el Informe Hartford, en el que, utilizando un método estimativo, calculaba una tasa anual de mortalidad por el empleo de medidas coercitivas entre 50 y 150 casos en toda la nación. En sus conclusiones acusaba a las autoridades sanitarias reguladoras (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) y al sistema legal de no estar ejerciendo sus obligaciones de investigar con rigor todas aquellas muertes que hubieran podido producirse por cualquier tipo de negligencia. Como resultado del debate suscitado por los medios de comunicación se han introducido varias modificaciones legislativas por el Senado en Estados Unidos para reducir el uso de medidas restrictivas exclusivamente a los casos en los que se ponga en riesgo la seguridad física del paciente o de otras personas, extremando su control y supervisión al exigir previamente una orden médica por escrito, salvo en los casos de urgencia, en los que se da un plazo máximo de 1 h para la ratificación de la indicación⁴².

Las autoridades reguladoras (Health Care Financing Administration) han redactado una nueva normativa para todos los hospitales que reciben financiación de fondos federales, donde definen de forma precisa cada una de las medidas restrictivas (aislamiento, contención física, mecánica y química) que se pueden aplicar, regulando más estrictamente los motivos de indicación, las formas de utilización y el tipo de supervisión médica necesaria para su aplicación⁴³. El impacto producido por estas medidas puede verse en un estudio realizado por Currier⁴⁴ en un hospital universitario de Nueva York a los 3 meses de la puesta en marcha de esta nueva normativa, donde se redujo el número de episodios de contención en un 50 % y en un 40 % el número de horas de su duración, sin aumento de agresiones al personal ni a otros pacientes durante ese período de tiempo.

CONCLUSIONES

- La utilización de medidas coercitivas (aislamiento, contención física y química) son procedimientos extendidos para el tratamiento de la agitación y la prevención de la producción de daños, tanto en el propio paciente como en su entorno.
- Los estudios existentes sobre la aplicación de medidas coercitivas no permiten extraer conclusiones respecto a riesgos relativos en relación con variables sociodemográficas o clínicas. Sus resultados se asocian más a las características de los centros donde están realizados que a grupos de población o a patologías clínicas definidas.
- No existen estudios que evalúen los resultados de la aplicación de las medidas restrictivas en el tratamiento de pacientes que sufren trastornos psiquiátricos con una base científica suficiente para ser generalizables y permitir extraer una «guía de recomendaciones» para su empleo.
- En el ordenamiento jurídico y normativo aún existe una gran ambigüedad en la identificación y distinción entre las diferentes medidas restrictivas que se pueden aplicar en el tratamiento psiquiátrico. En el marco legal español, por ejemplo, tan sólo está regulado el internamiento y el tratamiento involuntario, pero no existe ninguna norma explícita al uso de otras medidas coercitivas, como el aislamiento y la contención física o mecánica, ni en cuanto a supuestos de aplicación, ni en lo referente a vigencia temporal, ni al personal autorizado para su indicación o supervisión ni de cualquier otro tipo.
- Son necesarios estudios controlados y aleatorizados sobre poblaciones representativas de las que son atendidas en la práctica clínica habitual para poder extraer resultados que sirvan para dar recomendaciones de buena práctica sobre su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica. México, 1976.
2. Crenshaw W, Cain K, Francis P. An updated national survey on seclusion and restraint. *Psychiatr Serv* 1997;48:395-8.
3. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas KR. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry* 1997;20(3):311-22.
4. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos, 1990.
5. Lidz C. Coercion in psychiatric care: what have we learned from research? *J Am Academic Psychiatry Law* 1998;26(4):631-7.
6. Wadson H, Carpenter WT. Impact of the seclusion room experience. *Nerv Ment Dis* 1976;163:318-23.
7. Okin RL. Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36:648-52.
8. Philips P, Nasr SJ. Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry* 1983;140:229-32.
9. Thompson P. The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle Area. *Br J Psychiatry* 1986;149:471-4.
10. Kaltiala-Heino R, Korkeilla J, Tuohimaki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000;15:213-9.
11. Currier GW, Allen M. Physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2000;51(6):717-9.
12. Way BB, Banks SM. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patients characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(1):75-81.
13. Tardiff K, Matson M. A survey of state mental health directors concerning guidelines for restraint and seclusion. En: Tardiff K, editor. *The psychiatric uses of seclusion and restraint*. Washington: American Psychiatric Press, 1984.
14. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994;151:1584-91.
15. Plutchik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, Jerrett I. Toward a rationale for the seclusion process. *Nerv Ment Dis* 1978;166:571-9.
16. Oldham JM, Russakoff LM, Prusnofsky L. Seclusion: patterns and milieu. *Nerv Ment Dis* 1883;171:641-50.
17. Carpenter MD, Hannon VR, McCleery G, Wanderling JA. Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:418-23.
18. Binder RL. The use of seclusion and restraint on an inpatient crisis intervention unit. *Hosp Community Psychiatry* 1979;30:266-9.
19. Telintelo S, Kuhlman TL, Winger C. A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry* 1983;34:164-5.
20. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:73-9.
21. Flaherty JA, Meagher R. Measuring racial bias in inpatient treatment. *Am J Psychiatry* 1980;137:679-82.
22. Betemps EJ, Somoza E, Buncher RC. Hospital characteristics, diagnoses and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:367-71.
23. Soloff PH, Turner SM. Patterns of seclusion: a prospective study. *Nerv Ment Dis* 1981;169:37-44.
24. Morrison P, Lehane M. Staffing levels and seclusion use. *J Adv Nurs* 1995;22:1193-202.
25. Brooks K, Mulaik J, Gilead M, Daniels B. Patients overcrowding in psychiatric hospital units: effects on seclusion and restraint. *Adm Policy Ment Health* 1994;22:133-4.
26. Way B, Braff J, Hafemeister T, Banks S. The relationship between patient-staff ratio and reported patients incidents. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:361-5.
27. Busch A, Shore M. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000;8(6):261-9.
28. Gerlock A, Solomon HC. Factors associated with the seclusion of psychiatric patients. *Perspect Psychiatr Care* 1983;21:46-53.
29. Joshi PT, Capozzoli JA, Coyle JT. Use of a quiet room on an inpatient unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:642-4.
30. Kjelling L, Westrin CG. Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. *Int J Law Psychiatry* 1998;21:31-42.
31. Rain BA, Steadmen HJ, Robbins PC. Perceived coercion and Treatment Adherence in an Outpatient Commitment Program. *Psychiatr Serv* 2003;54:399-401.
32. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalisation. *Int J Law Psychiatry* 1996;19:201-17.

33. Barrios LF. Coerción en psiquiatría. *An Psiquiatría* 2003;19(2):55-63.
34. Simon P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela, 2000.
35. Cobreros E. Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español). Oñati: HAEE/IVAP, 1988; p. 293.
36. Gómez P. Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil. Barcelona: Bosch, 1997.
37. American Psychiatric Association Task Force Report 22. Seclusion and restraint: the psychiatric uses. Washington DC: APA, 1985.
38. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med* 1992;35(5):711-21.
39. Fassler D, Cotton N. A national survey on the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:370-4.
40. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Library* 2003;3:1-21.
41. Weiss. Deadly restraint: a nationwide pattern of death. *Hartford Courant* 1998 Oct 11. Este artículo y la serie que aparecieron posteriormente pueden encontrarse en un www.courant.com/news/special/restraint.
42. Freedom from Restraint Act of 1999. S 736 IS, 106th Congress, 1.^a session (Mar 25, 1999).
43. Health Care Financing Administration. Medicare and medicaid programs. Conditions and participation. Patients rights: interim final rule. *Federal Register* 1999; 64:36069-89.
44. Currier GW, Farley-Toombs C. Use of restraint before and after implementation of the New HCFA rules. *Psychiatr Serv* 2002;53: 138.