



La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal sanitario de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

Autora: Andrea Fariña Lorenzo.

Tutor: Valentín Iglesias González.

Junio 2021

*Facultad de Ciencias de La Salud
Grado en Enfermería
Sede La Palma*

La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal sanitario de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

AGRADECIMIENTOS

Llegar hasta aquí representa para mí haber superado muchos obstáculos a lo largo de estos 4 años. Representa el final de una etapa y el principio de otra con la que llevo soñando muchos años.

Gracias a todas las personas que han hecho esto posible;

A mis padres por su apoyo incondicional.

A todas y cada una de las enfermeras que han pasado por mi vida a lo largo de mis prácticas y que han aportado en mí muchos de los valores que tiene que tener una gran profesional de la enfermería.

Al personal de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma, con los que compartí muchos meses y a los que siempre llevaré en un huequito de mi corazón.

Y por último, pero no menos importante a Valentín, mi tutor de TFG, por guiarme y ayudarme con la realización de este trabajo, y hacerlo siempre con buena cara.

GRACIAS .

RESUMEN:

La sujeción mecánica es una técnica utilizada con frecuencia en las unidades de psiquiatría, tanto para la seguridad del profesional como la del propio paciente.

Para entender su importancia es necesario explicar el tipo de paciente y sus problemáticas, los motivos, y las situaciones que llevan al profesional a ejercerla.

Su utilización provoca en los trabajadores de este sector situaciones de inconvenientes y conflicto emocional; pena, culpa, angustia y miedo de abusar del derecho a la libertad de los pacientes.

El objetivo principal de este trabajo es conocer la repercusión personal que experimentan los profesionales que trabajan en la Unidad de Salud Mental del Hospital General De La Palma, así como conocer los sentimientos que les genera la realización de esta técnica.

Para conocer estas características, se realizó un proyecto de investigación con metodología cualitativa, donde los profesionales contestaron dos cuestionarios de elaboración propia y con opción libre de respuesta los cuales se anexan al final del trabajo.

Palabras claves: Sujeción mecánica, psiquiatría, agitación, paciente violento, enfermería.

ABSTRACT:

Mechanical clamping is a widely used technique in psychiatric units, both for the safety of the professional and that of the patient himself.

To understand its importance, it is necessary to explain the type of patient and their problems, the reasons, and the situations that lead the professional to exercise it.

Its use causes in professionals situations of emotional conflict and inconvenience; pain, guilt, anguish and fear of abusing the right to freedom of patients.

The main objective of this work is to know the personal repercussion experienced by the professionals who work in the Mental Health Unit of the General Hospital of La Palma, as well as to know the feelings that the realization of this technique generates in them.

In order to know these characteristics, a research project was carried out with qualitative methodology, where the professionals answered two questionnaires of my own elaboration and with a free response option, which are attached at the end of the work.

Key words: Mechanical Clamping, psychiatry, agitation, violent patient, nursing.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Historia de la Salud Mental	1
1.2 Marco histórico de la sujeción mecánica	3
1.3 Tipos de paciente a los que va destinado la técnica	5
1.4 La técnica	7
1.4.1 Recursos necesarios	8
1.4.2 Instauración de la técnica; Reducción y Traslado	9
2. MEDIDAS ALTERNATIVAS	14
2.1 Contención verbal	14
2.2 Tratamiento farmacológico	15
2.3 Medidas Ambientales y Conductuales	16
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGÍA	19
4.1 Justificación	21
4.2 Proyecto	22
4.3 Muestra	23
4.4 Ejecución	25
5. RESULTADOS	26
6. CONCLUSIÓN	28
7. ANEXO I	29
8. ANEXO II	30
9. ANEXO III	31
10. BIBLIOGRAFÍA	32

1.INTRODUCCIÓN:

La sujeción mecánica es una técnica muy utilizada por el personal de Salud Mental en los hospitales bajo la prescripción médica. Su aplicación en las unidades de psiquiatría sobre los pacientes agitados y descompensados provoca situaciones de inconvenientes y de conflicto emocional, sintiéndolo y viviéndolo el personal sanitario en primera línea.

Existen abundantes artículos sobre el manejo de este tipo de pacientes psiquiátricos, pero no de la repercusión que tiene esta técnica sobre los profesionales tanto a nivel individual como profesional.

Conocer la consecuencia que tiene esta técnica en los profesionales que atienden a este tipo de paciente y los sentimientos que esto les genera, nos lleva directamente a mejorar la calidad de la atención hacia ellos y a favorecer así la relación terapéutica, facilitándole así, un cuidado integral y de calidad al enfermo. (1)

1.1 Historia de la Salud Mental.

Desde el principio de los tiempos, las personas con algún problema mental convivían con el resto de los ciudadanos. La relación con los demás dependía del lugar o de la cultura, y se movía entre el rechazo y la consideración. En la mayor parte de los casos, desde la prehistoria, estas personas habían sido vistos como chamanes o elegidos por la divinidad, y se veía en ellos una especie de conexión con el mundo del más allá.(2,3)

Fue a principios del siglo XV cuando un fraile mercedario, Juan Gilabert Jofré, consideró abrir un hospital específico para dar cabida a las personas con problemas mentales. Nació, así, el primer Hospital de Inocentes, nombre con el que se empezaron a conocer estos centros en sus inicios.

El tratamiento de la enfermedad consistía en mantener ocupados con tareas cotidianas a los afectados. Si mostraban algún comportamiento de rebeldía, se les azotaba, se les encadenaba o se les metía en jaulas. Algunos de estos métodos se mantuvieron en España hasta el siglo XX, en parte debido a la superstición que atribuía a la enfermedad mental cierto componente diabólico.(2,3)

Las personas que atendían a estos enfermos no estaban cualificadas para ello. En el siglo XVIII, eran las autoridades municipales las que debían emitir la orden de ingreso en un manicomio, y lo hacían no por razones médicas sino de seguridad ciudadana.

En el siglo XIX se crearon los hospitales específicos para pacientes psiquiátricos con la intención de otorgarles un tratamiento médico, sin violencia. No obstante, seguían existiendo las celdas de aislamiento.(2,3)

En el primer cuarto del siglo XX se empezó a fomentar una enfermería de tipo mental, hasta que en 1926 se creó la primera escuela de Psiquiatría para el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

Fue en 1950 cuando se empezó a utilizar el primer medicamento antipsicótico, y en 1970 se creó la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico. El cambio más radical y definitivo llegaría a mediados de los años ochenta, cuando el ministerio de Sanidad llevó a cabo la plena integración de la salud mental dentro de la asistencia sanitaria general, acabando con cerca de 600 años de dolor y sufrimiento para las personas con alguna enfermedad psiquiátrica. (3)

1.2 Marco histórico: Sujeción mecánica.

Las primeras referencias al uso de la restricción física nos llevan hasta la Grecia clásica, donde algunos textos, como el Corpus Hippocraticum, hablan de “diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás”.

En el Siglo XIX los psiquiatras habían consolidado su poder. Respecto a las técnicas utilizadas, no existía una diferencia clara entre los medios de castigo, y las medidas terapéuticas. Ambas consistían en tratamientos similares de coerción y sujetamiento. En 2006 Emiliano Galende, psiquiatra, psicoanalista y miembro fundador del Foro Psicoanalítico de Buenos Aires, describe como se utilizaron diversas e ingeniosas maneras de atar a los enfermos, con el objetivo de calmar y disciplinar a los agitados. Algunos de los ejemplos que describe Galende son la utilización del látigo, de las cadenas, de las redes, y de grilletes, todo esto para atrapar y sujetar al enfermo. (4)

Más adelante, comienzan a inventarse diferentes dispositivos específicos como la camisa de fuerza, la correa para “locos”, la silla de fuerza, la cama de fuerza, diversos medios de irritación de la piel, las sangrías, tratamientos en base al agua, y, por último, tratamientos con electricidad.(4)

Focalizando en los tratamientos mecánicos que lideraron las prácticas de los psiquiatras durante el siglo XIX, podemos resaltar el invento de Erasmus Darwin (1731-1802): la silla rotatoria: Una silla especial en la cual se sujetaba al enfermo por el tórax y las piernas, inmovilizándolo y sometándolo a la rotación de forma continuada.(4)

George Austenrieth, por su parte, había inventado, la máscara y la pera, que consistía en una máscara de cuero que impedía al enfermo gesticular, hablar o gritar. Y la pera, que lograba un efecto similar al de una mordaza introduciéndola en la boca del paciente. También se solían utilizar diversos inventos donde el enfermo debía permanecer inmóvil por varios días, como, por ejemplo: la “cesta de mimbre”, el “armario inglés”, “la cuna de fuerza” y la “rueda hueca”.

Es sabido y comprobado al leer numerosos artículos sobre estas técnicas tan devastadoras, que el psiquiatra creía y debía mostrar su autoridad a cada instante, y todos debían percibirla y someterse a ella. Así, el reglamento de casi todos los centros psiquiátricos del siglo XIX, que se extendió hasta no hace mucho, contemplaba que la desobediencia y mala voluntad del enfermo eran motivo suficiente para la imposición de castigo. (4)

Tras muchos siglos de evolución, llegamos a lo que en el presente conocemos como sujeción mecánica: “el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros”. (5)

Hoy en día, la sujeción mecánica es el último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios.

Además, su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo esto la restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional. (6)

1.3 Tipos de pacientes a los que va destinado la técnica.

En una urgencia psiquiátrica, existe el riesgo vital, tanto para el paciente como para terceros. Por eso, es necesario actuar rápido para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual del paciente. Los objetivos de la atención de una urgencia psiquiátrica incluyen resolver la necesidad más inmediata, encontrar el factor desencadenante, actuar para evitar daños físicos e intervenir para prevenir recaídas.

El tipo de paciente que encontramos con frecuencia en psiquiatría y con los que más frecuentemente se aplica la técnica de sujeción mecánica son los siguientes (7):

1-Pacientes con ideación suicida.

Se considerará un riesgo suicida agudo severo si nos encontramos ante un paciente con ideación suicida intensa, frecuente o persistente, con planificación, con múltiples factores de riesgo o alguno muy significativo, con poca capacidad de autocontrol (ya sea en contexto de su personalidad o por de uso de sustancias), y/o con pocos factores protectores. En este caso el paciente no debe quedar solo y se deben retirar todos los elementos de riesgo con los que pueda hacerse daño, normalmente se procederá a la hospitalización, que puede ser cursada involuntariamente en caso de ser necesario para proteger la vida.

El manejo apropiado incluye averiguar sobre los pensamientos o comportamientos suicidas, realizar una evaluación del riesgo actual del individuo de hacerse daño de forma inminente, y crear un plan de tratamiento en colaboración con el paciente y su red de apoyo.
(8)

Con la continuidad de los síntomas de la agitación que pongan en riesgo su integridad, se procedería a una contención mecánica para la seguridad del propio paciente.
(9):

2- Pacientes con agitación psicomotora.

La agitación psicomotora es un síndrome clínico frecuente y relevante en psiquiatría. El DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition) define agitación como una actividad motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna. La progresión de la severidad de una agitación puede llegar a comportamientos agresivos y violentos (9).

La agitación se puede dar en el contexto de varios cuadros psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad y depresión mayor. También puede ser la manifestación principal de uso de sustancias, ya sea por intoxicación o por abstinencia(10).

Una pronta evaluación de los factores causales y un manejo inmediato son esenciales, ya que esto puede permitir recuperar el control sobre un comportamiento potencialmente peligroso que puede progresar hacia la violencia. El manejo inefectivo de la agitación puede resultar en el uso de medidas coercitivas (medicación involuntaria, contención mecánica). (7):

1.4 La técnica.

Podemos definir contención mecánica como una terapia que consiste en la supresión de toda posibilidad de movimiento del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. (11)

Cualquier intervención de contención mecánica ha de focalizarse en el respeto al paciente y su persona, a la seguridad y a su salud, que es lo más importante que hemos de considerar en todo momento. Saber cómo el profesional debe actuar con pacientes que tengan riesgo hetero y autolesión, es necesario para el procedimiento de realización de la técnica. No hay que olvidarse de que el uso de medidas de contención física puede vulnerar algunos de los derechos humanos de la persona. Por ello se trata muchas veces de un procedimiento involuntario. (11,12)

Cuando el paciente está en sujeción mecánica, es necesario un protocolo para supervisar los signos de las posibles consecuencias asociadas a la aplicación de la técnica como la higiene personal, los signos vitales, la hidratación, la circulación o la movilidad de las extremidades. En algunos casos de determinados pacientes, se aconseja realizar esta supervisión cada quince minutos, pero esto es dependiendo de las necesidades y el tipo de contención, ya que a veces puede agravar la situación de agitación, así como imposibilitar el descanso del paciente. (13)

Antes de proceder a la realización de la contención mecánica, es de extrema importancia comprobar el estado de la cama donde va a efectuarse, alejar del alcance del paciente cualquier objeto peligroso, determinar el tipo de sujeción del paciente y, por último, pero más importante, comprobar la colocación y buen estado de las correas y resto de material.

1.4.1 Recursos necesarios

- MATERIALES:

- Correas de sujeción mecánica con imanes para anclaje u otros sistemas de contención con seguridad y eficacia contrastadas. (figura 1)
- La contención se llevará a cabo en un box específico de alta supervisión, en el que se haya retirado todo el material potencialmente peligroso.
- La camilla de dicho box deberá tener colocadas correctamente las correas de contención mecánica, previo a la realización de la técnica.(14)

- HUMANOS:

- Se necesita un mínimo de 4 personas para poder realizarla con seguridad para el paciente y para el personal, aunque se considera que 5 personas es el número más adecuado (una por cada extremidad y otra para la sujeción de la cabeza).
- El personal debe estar formado en el procedimiento de contención.
- Todo el personal sanitario y no sanitario debe de estar implicado en la realización de la técnica (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, etc.)
- El personal de seguridad estará siempre presente y velará por la seguridad en los procedimientos.
- Si es necesario se puede y debe avisar a las Fuerzas de Orden Público (14)

La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal sanitario de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.



Figura 1: Material completo formado por 9 correas y 15 botones de cierre magnético de la marca SALVAFIX. (15)

1.4.2 Instauración de la técnica: reducción, traslado y contención

Una vez tomada la decisión de hacer la contención física a un paciente, se debe evitar el intercambio verbal con el paciente, ya que se podría empeorar una situación ya de por sí complicada, transformándola en incontrolable y caótica. Se puede hacer una excepción con la persona que coordina la técnica que hablará con el paciente para indicarle los motivos de la sujeción y los pasos del procedimiento.

- Se dará tiempo al paciente para que acepte las normas verbales de colaboración, y se tumbe de forma voluntaria en la cama.
- En el caso de que no colabore, y sin dar lugar a una discusión verbal, se llevará a cabo el proceso de reducirle y trasladarle a una habitación cerca del control de enfermería o a un lugar donde se pueda tener una alta supervisión. Para ello se llevará a cabo los siguientes pasos:

Reducción y traslado.

A) Si es un paciente colaborador y su estado lo permita, si él lo desea puede ir a pie; para acompañarle hasta la habitación, pueden ser suficiente dos personas que le sujeten por las axilas empujando hacia arriba, y por la muñeca, tirando hacia abajo. Esta maniobra se llevará a cabo lo suficientemente firme para dar seguridad al procedimiento, pero sin llevarla a lo extremo para no lesionar al paciente (Figura 2).(16)

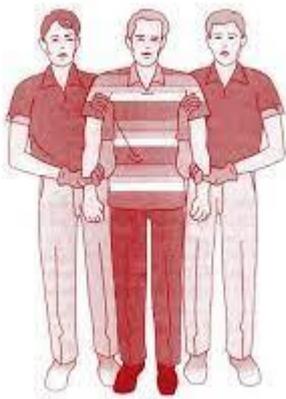


Figura 2: Demostración del personal acompañando a paciente agitado a la habitación, sujetándolo por debajo de las axilas y por las muñecas (16)

B) Si el paciente no colabora, está en estado de agitación y/o violento; la reducción se realizará preferentemente cuando este esté distraído.

- Se deberá acostar al paciente en decúbito supino sobre el suelo, manejando su cabeza para así, evitar un mal golpe o posibles daños a los miembros del equipo.
- Cada uno de los profesionales que forman el equipo, inmovilizará una extremidad del paciente: los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos (figura 3). (16)

- Los puntos de sujeción han de estar cerca de las articulaciones mayores, para minimizar el riesgo de lesiones o fracturas. Se debe de proteger las partes más vulnerables del paciente (abdomen, cuello y tórax) y el nivel de fuerza ha de ser el mínimo para controlar la situación.(16,17)



Figura 3; Demostración de los miembros del equipo sanitario en la reducción de un paciente agitado que no colabora (16)

- El traslado del paciente a la habitación lo realizarán un mínimo de 4 personas. Dos de ellos sujetarán los miembros superiores (alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros), otras dos sujetarán los miembros inferiores (a la altura de las rodillas) (figura 4). Si hubiera un quinto miembro del equipo, deberá estar preparado para sostener la cabeza si el paciente la mueve mucho, para evitar que se golpee o lesione a alguien. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos. (16,17)



Figura 4; Demostración del equipo de sanitarios trasladando a paciente agitado que no colabora a la habitación (16)

Contención mecánica.

Para la contención mecánica, se tumbará al paciente en la cama en decúbito supino (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procederá a la sujeción indicada (completa o parcial), por este orden: (17)

1. **Cintura:** Queda inmovilizada mediante el cinturón ancho o abdominal, que la rodea y se abotona al vientre. Las cintas de este cinturón se sujetarán a ambos lados del bastidor de la cama, nunca a las barandillas. El paciente podrá girar a cada lado 90° sin peligro de caída

2. **Miembros inferiores:** Las piernas se deberán de colocar de forma que queden extendidas y ligeramente abiertas, fijando las cintas de sujeción alrededor de los tobillos y estas a su vez, al cinturón estrecho mediante los botones magnéticos que este posee en su parte central. (17)

3. **Miembros superiores:** Se pondrán los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y ligeramente distanciados de éste, fijando las cintas de sujeción en el contorno de las muñecas y estas a su vez al cinturón abdominal mediante los botones magnéticos que este posee en su parte central.

4. **Torax:** Las cintas para el tórax se fijarán sobre el cinturón abdominal, creando dos diagonales cruzadas por la zona de la clavícula en dirección a los hombros y anclándolas a su vez en el somier de la cama sobre la zona del cabecero.(17)

-Importante a tener en cuenta:

- Las cintas se deben de tensar y anudar a ambos lados del marco de la cama, nunca a las barandillas.
- La magnitud de la agitación o de la violencia del paciente aconsejará el tipo de sujeción (16):
 - **Sujeción completa:** Inmovilización del tronco + cuatro extremidades.
 - **Sujeción parcial:** Inmovilización del tronco + dos extremidades contrarias..

2.MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA SUJECIÓN MECÁNICA.

2.1. Contención Verbal.

Siempre que sea posible se debe comenzar con un abordaje o contención verbal cuya finalidad sea la de enfriar la situación que ha provocado la agitación y/o desorientación del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos. Para ello se ha de transmitir al paciente tanto de forma verbal como no verbal que la intención del personal sanitario es la de protegerlo frente a su enfermedad. (18)

- **Comunicación verbal:** Debe ser cordial, y sobre todo muy cálido en el momento de recibir al paciente. Nosotros vamos a facilitar la comunicación para que sea bidireccional, vamos a escuchar atentos, concentrados en la entrevista, con respeto. Y cuando nos dirijamos a él que seamos asertivos, persuasivos y eficaces. Debemos escuchar al paciente con empatía. La empatía expresa solidaridad emocional con el paciente, pero no debe verse afectada ni ética ni ideológicamente.
- **Comunicación no verbal:** Dentro de la comunicación no verbal encontramos varios aspectos a destacar:
 - La Kinésica: Fijarse en expresiones faciales, gestos y en el movimiento corporal.
 - El Paralenguaje: El tono, el timbre y la intensidad de la voz.
 - La Proxémica: Son elementos de la comunicación relacionados con el orden y la distancia que tiene que haber entre el paciente y el profesional.

La comunicación no verbal va a ser una fuente importante de datos que nos van a resultar de gran ayuda en situaciones de crisis, cuando las palabras pueden faltar por completo, los gestos nos comunican estados emocionales que quizás las palabras nos pueden ocultar. (18)

2.2. Tratamiento farmacológico.

Cuando la opción de la comunicación verbal no ha sido efectiva, se tendrá que recurrir al tratamiento farmacológico. Normalmente una reducción física conlleva la tarea de suministrar tratamiento farmacológico y siempre ha de ser bajo pauta médica, debiendo de quedar siempre registrado por el personal que lo ha suministrado. Se debe de manejar conocimientos sobre las precauciones a la hora de administrar medicación sedante y tener en cuenta la valoración minuciosa de sus riesgos y beneficios , teniendo en cuenta los problemas de salud del enfermo, para así poder hallar cualquier efecto adverso que pudiera aparecer. El fin de este tratamiento no es el estado de sedación profunda, sino llegar a un nivel de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación.(6,19,20)

Tipos de Tratamiento: Los Psicofármacos

Son fármacos con unas acciones selectivas sobre el Sistema Nervioso Central que pueden introducir cambios en la conducta y en la patología psíquica.(6,19,20)

- ***Antidepresivos*** Son psicofármacos que actúan elevando el humor en los síndromes depresivos. Las indicaciones de los antidepresivos se centran en las depresiones de todo tipo, principalmente en las de naturaleza más endógena. También pueden prescribirse en los síndromes obsesivo-compulsivos y en cuadros sistémicos diversos e hipocondríacos.
- ***Psicofármacos con acción sedante y tranquilizante.*** Las más usadas son los benzodiazepinas. Son muy útiles para el tratamiento de la ansiedad y para facilitar el sueño. También se utilizan como relajantes musculares y anticonvulsivos. Las benzodiazepinas se unen a receptores específicos estrechamente relacionados con los receptores para el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y con los canales del cloro. La acción inhibitoria del complejo GABA determina una disminución de la actividad de otros neurotransmisores (noradrenalina, dopamina, serotonina) que sería la responsable del efecto ansiolítico.

- ***Antipsicóticos*** Estos fármacos han mostrado su eficacia para mejorar la sintomatología positiva de la esquizofrenia (trastornos del comportamiento, alucinaciones e ideación delirante, así como otras formas de alteración del pensamiento). Son psicofármacos con intensa acción sedante y “antipsicótica” y ligera acción hipnótica.
- ***Estabilizadores del humor*** Son fármacos cuya actividad terapéutica más relevante es sobre los trastornos afectivos recurrentes, más particularmente eficaces sobre las fases maníacas y para prevenir recaídas en trastornos bipolares. Los dos tipos más importantes son el litio y la carbamacepina.
 - **Sales de litio** Compuestos empleados como reguladores de las oscilaciones tímicas (del estado de ánimo). Las formas más utilizadas son: el carbonato, el acetato, el gluconato y el sulfato de litio. Las dosis varían en cada persona, oscilando alrededor de los 1.200 mg/día v.o., si bien deben adaptarse a fin de obtener unas litemias entre 0,70 y 1,10 mEq/L. Su indicación más interesante es como profiláctico en los pacientes maníaco-depresivos (bipolares).
 - **Carbamacepina** Se trata de un fármaco utilizado inicialmente para el tratamiento de la epilepsia que ha demostrado ser eficaz en algunos trastornos psiquiátricos. La farmacocinética de la carbamacepina se caracteriza por una absorción digestiva irregular que mejora cuando se toma con las comidas y presenta una vida media de alrededor de 15 horas. No se conoce bien su mecanismo de acción, pero posiblemente se relaciona con el complejo GABA y el flujo iónico a través de la membrana neuronal. La utilidad clínica de la carbamacepina (Tegretol) es parecida a la del litio y las indicaciones serían prácticamente las mismas. (6,19,20)

2.3. Medidas ambientales y Conductuales.

Esta medida consiste en intentar proporcionar al paciente un entorno y un ambiente apto, disminuyendo o limitando aquellos alicientes que puedan ser provocadores de conductas violentas o agresivas: (6,19,20)

- **Facilitar** un cambio del espacio social del paciente, por ejemplo introduciendo una figura que represente en él confianza o autoridad ,delimitando así la presencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas dañinas..
- **Posibilitar**, en lo posible, ejercicios que motiven al paciente a que disminuya la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar, hablar...)
- **Enseñar** tácticas de relajamiento (muscular, respiratorias...) para tratar de inhibir en el paciente las respuestas agresivas o negativas.
- **Tratar** de situar al paciente. En pacientes con agitación y confusión, tratar de disponer de objetos personales que le orienten en persona, tiempo y espacio..(6,19,20)

3.OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Conocer la vivencia y las emociones experimentadas por el equipo de profesionales de la unidad de psiquiatría del Hospital General de La Palma respecto al fenómeno de la sujeción mecánica.

Objetivos específicos:

- Conocer las consecuencias que produce la realización de la técnica en los profesionales de este sector.
- Comprender los sentimientos y emociones asociados a la sujeción mecánica en el personal de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes de psiquiatría que requieren de sujeción mecánica.
- Mejorar la práctica enfermera en cuanto a la realización de la técnica de sujeción mecánica.

4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización de este trabajo es el tipo de metodología cualitativa(21), es decir, un proyecto de investigación centrado en la persona, donde lo importante es analizar lo que dice, piensa y hace el sujeto.

En este caso, el sujeto de la investigación es el personal de la Unidad de Salud Mental, que respondió dos cuestionarios totalmente anónimos, de elaboración propia y con opción de respuesta abierta, donde ellos pudieran expresar en los espacios en blanco todas las sensaciones producidas.

La realización de este trabajo ha sido bajo búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

Scielo: Al poner la palabra clave en este buscador de “Contención mecánica”, nos salen 7 artículos de los cuales solo 3 cumplen con los criterios de inclusión de este trabajo, el primero, es una revisión bibliográfica de estudios cualitativos que nos habla de cuáles son las experiencias y actitudes que tienen los profesionales del ámbito de la salud mental sobre prácticas coercitivas como la contención mecánica, el segundo analiza críticamente el concepto de Contención Mecánica a través del análisis del estado actual de la literatura científica y el tercero habla del protocolo y procedimiento del uso correcto de la contención mecánica.

Punto Q: Al poner en esta base de datos la palabra clave “Contención mecánica” nos salen 121 resultados de los que solo 50 tienen que ver con el ámbito de la medicina, de los cuales solo hemos escogido 10 ya que cumplen con los criterios de inclusión para la realización de este trabajo. Entre esos 10 artículos, encontramos una revisión bibliográfica que habla de revisar las preferencias de los pacientes de las instituciones de salud ante las distintas medidas coercitivas. En otro de los estudios que encontramos, se pretende caracterizar el tiempo de reversión que se manifiesta en la contención mecánica de pacientes psiquiátricos. También resaltamos un artículo que nos habla del protocolo de actuación de contención mecánica en una urgencia y de las distintas funciones de los componentes del equipo, para abordar con la mayor eficacia y seguridad las posibles situaciones.

Elsevier: En esta base de datos al poner la palabra clave nombrada anteriormente, encontramos 497 resultados, de los cuales seleccionamos solo los que tienen que ver con el área de la enfermería y la sanidad. El resultado fue de 84. De esos, seleccionamos solo los que eran artículos de investigación y el resultado final fue de 20. Entre los veinte elegidos, encontramos diferentes artículos en los que hablaban de responder las dudas de los profesionales sanitarios en cuanto a la contención mecánica, como manejar al paciente agitado o sobre el análisis de los conocimientos de las enfermeras sobre esta técnica entre otras cosas.

En una segunda búsqueda intencionada encontramos un artículo del periodista español Carlos Cala Barroso donde relata la historia y evolución de la psiquiatría en el mundo y en concreto en España.

También se realizó una búsqueda intencionada en páginas webs para saber los diferentes protocolos de contención mecánica que hay en los diferentes Hospitales de España como el protocolo de contención mecánica de la red Hospitalaria de Extremadura y el protocolo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Han sido localizados un total de 60 estudios, pero han sido excluido 30 artículos que no fueron relevantes para el objetivo de este proyecto basándonos en los siguientes criterios:

Artículos seleccionados:

- Artículos publicados de revisiones sistémicas, ensayos clínicos, revistas científicas, revistas con acceso a texto completo, guías de práctica clínica, artículos descriptivos.
- Páginas web.
- Año de publicación: sin límite.
- Artículos publicados en español e inglés.
- Estudios realizados en personal sanitario con experiencia en el ámbito.

Artículos excluidos:

- Posters, conferencias.
- Artículos publicados en idioma diferente al inglés y al castellano.
- Tipos de participantes: personal sin experiencia en Salud Mental.

4.1 Justificación

El trabajo de los sanitarios del área de Salud Mental de La Palma implica mucha responsabilidad. Los profesionales mantienen contacto directo con la enfermedad del paciente y con los brotes que esta genera precisando en numerosas ocasiones del uso de la contención mecánica. También son los intermediarios con los familiares, y con el dolor que producen estas situaciones en general. Todos estos factores contribuyen a que la especialidad de Salud Mental sea considerada como una profesión altamente estresante.

La justificación de este estudio de investigación es el beneficio que le proporciona a los profesionales de la Unidad de Salud Mental el descubrir sus debilidades en el trabajo y de conocer sus propios sentimientos sobre esta técnica en concreto, además de saber todas aquellas causas que generan estrés en estas circunstancias, para así posteriormente, usar herramientas estratégicas para reducirlo.

4.2 Proyecto

La motivación para la realización de este proyecto surge en Enero de 2021, durante la realización del prácticum de fin de Grado en la Unidad de Internamiento Breve de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

Allí, podemos encontrar las situaciones propias de esta unidad, pacientes descompensados, desorientados, agitados, agresivos, alterados, pacientes con algún tipo de enfermedad mental que en su día a día y gracias a su tratamiento se encuentran estables y llevando una vida normal, pero, que en determinados momentos sufren un brote de esta enfermedad, el cual no pueden controlar.

El brote Psicótico se podría considerar como una ruptura temporal de la realidad. Muchas veces es definido como una alteración importante en el juicio que se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios de conducta, que van desde la agitación psicomotora hasta el estupor catatónico. (9)

En esos momentos cuando el paciente se encuentra fuera de sí donde no puede tomar control sobre su persona, es cuando el brote de la enfermedad ocasiona un peligro inminente tanto para el propio paciente como para todas las personas que se encuentran a su alrededor en ese preciso instante. Es en ese momento cuando se recurre a la realización de la sujeción mecánica, cuando ya el equipo de profesionales ha agotado todas las medidas alternativas y aun así ese comportamiento no cesa.

En numerosas ocasiones aparecen estas situaciones en la Unidad, requiriendo el paciente de una contención física para la tranquilidad y el bienestar del resto de usuarios de la planta, como para la del propio paciente. Numerosas son las veces que surgen esos sentimientos encontrados al ver y realizar esta técnica tan criticada, pero a la vez tan necesaria en el momento crítico.

Por ello surge este trabajo, para conocer esos sentimientos y sensaciones que surgen en los profesionales de esta unidad que llevan encontrándose con la necesidad de la realización de esta técnica durante mucho tiempo, para conocer sus reacciones y

debilidades, y sobre todo, para que ellos mismos realicen una valoración autocrítica sobre su papel en estas situaciones donde el estrés que produce muchas veces no deja actuar con toda la serenidad y responsabilidad que se necesita en estos casos.

4.3 La muestra

La muestra que se eligió para la realización del proyecto en un principio estaba exclusivamente formada por las enfermeras y enfermeros que constituían la unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma. Pero con el desarrollando del trabajo, se comprobó que todos los profesionales que forman la unidad participan de esta técnica, todos son igual de importantes a la hora de la realización de una sujeción mecánica y por lo tanto todos tenían derecho a responder los cuestionarios expresando sus vivencias personales.

El origen de la muestra fue el Hospital General de La Palma, en concreto la Unidad de Internamiento Breve (UIB) de Salud Mental. El equipo de profesionales que forma la planta son, 5 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería y 5 celadores. La planta de Salud Mental, es una planta pequeña ya que hablamos de un Hospital comarcal que solo posee 200 camas.

Durante el día, se encuentran en la planta 1 enfermera, 1 auxiliar y 1 celador. Ambos con turnos rotatorios de 24 horas, por ello necesitaríamos un mínimo de 5 días para que todos los profesionales se encontraran de guardia para responder los cuestionarios.

La muestra estuvo formada por hombres y mujeres con rango de edad entre los 30 y los 60 años, con posesión de título de enfermería, Técnico auxiliar de enfermería o de celador, y con una antigüedad en planta superior a dos años.

La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal sanitario de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

Los criterios de exclusión que se utilizaron, fueron;

- No tener 30 años cumplidos o más.
- No poseer una antigüedad en la Unidad de Salud mental del Hospital General de La Palma superior a dos años.
- No poseer titulación de enfermería, Técnico Auxiliar de Enfermería o de Celador.

Finalmente, la Muestra estuvo formada por 16 Profesionales.

- 4 enfermeras y 1 enfermero.
- 4 auxiliares y 1 auxiliar.
- 4 celadores y 1 celadora.
- La supervisora de la unidad

TOTAL MUJERES; 10

TOTAL HOMBRES; 6

4.4 Ejecución

El proyecto se realiza en la planta entre el mes de Abril y Mayo y tiene una duración total de 32 días. Como podemos observar en el Anexo I.

Primeramente, hemos pasado 30 días de planteamiento del trabajo; búsquedas bibliográficas, realización de los cuestionarios, redacción de las normas del proyecto, de los criterios de inclusión e exclusión de la muestra, búsqueda de antecedentes.

Finalmente, para obtener los resultados del proyecto, el planteamiento del trabajo se ha dividido en dos partes.

- La primera (Anexo II), que es la parte de la intervención, es decir de la sujeción mecánica. En esta primera parte los profesionales se sometieron voluntariamente a una contención física realizada con ayuda de sus compañeros. Todo esto se enfocó de tal manera que los trabajadores de la planta, los cuales están en contacto día a día con este tipo de técnica, experimentaran las sensaciones corporales en sus propias pieles y, finalmente de forma anónima, plasmaran en un folio los pensamientos producidos durante los 15 minutos de duración de esta primera parte.
- La segunda parte (Anexo III) es la parte del cuestionamiento personal, es decir, responder a las preguntas del cuestionario para la evaluación individual, la percepción y la autocrítica de la utilización de la técnica.

5.RESULTADOS

En esta primera parte, la mayoría de los profesionales voluntariamente quisieron participar de este proyecto. Todos refieren que llevan muchos años practicando la técnica, pero nunca se les había ocurrido experimentar en su propio cuerpo lo que siente el paciente en esos momentos.

Son llamativas las descripciones de los profesionales sobre las sensaciones corporales que surgieron en su persona a la hora de realizar la primera parte del proyecto (Anexo II), la contención mecánica.

El 100% de los participantes comentan que esta vivencia va a condicionar a partir de ahora el uso de esta técnica como herramienta. Casi todos los profesionales tienen una mala experiencia, y comentan en líneas generales que verse en esa situación es bastante desagradable. “Me tiembla la voz”, “el corazón se me sale por la garganta”, “me siento impotente” “Me siento oprimida” “Tengo miedo”, “Siento mucho agobio”, “La sensación de incertidumbre invade mi cuerpo” “No creo que aguante así mucho tiempo” “Nunca viví unos 15 minutos tan largos”. Estas son las palabras que salen de ellos tras finalizar los 15 minutos de sujeción física en la habitación “1” de aislamiento de la Unidad De Internamiento Breve del Hospital General de La Palma.

Estos sentimientos que han aflorado, ponen en marcha un procedimiento de autoanálisis de la propia experiencia, todo esto debido al sentimiento de culpa también muy frecuente en el personal que realiza la técnica.

Los pensamientos que hemos obtenido en los resultados, se refieren en muchas ocasiones a la fuerza que implica hacer esta técnica, las interpretaciones de esta fuerza, desencadenan esta idea relacionándola el uso de la agresión y el malestar que produce a consecuencia. “Si es un paciente fuerte, con un brote incontrolable, le tienes que hacer daño ya que aplicas una fuerza mayor a la hora de hacer la contención. Ahí ya te vas con la sensación de que le has agredido físicamente”. Nos comenta uno de los participantes.

En cuanto a la segunda parte del proyecto (Anexo II), los resultados obtenidos fueron muy variados, aunque en líneas generales todas las respuestas tenían una parte en la que el personal coincidía.

Preguntas	Respuestas
1 ¿Cuándo realizas una sujeción mecánica cómo te sientes?	En esta pregunta todos los participantes responden que no es una técnica agradable, que muchas veces se sienten frustrados o impotentes pero que es necesaria y lo más seguro cuando la situación lo requiere.
2 ¿Consideras que agotas todos los recursos (¿Contención verbal, tto Farmacológico.) antes de realizar una contención?	Todos los participantes responden que siempre es la última alternativa después de haber agotado todos los recursos.
3 ¿Te llevas esos sentimientos a casa una vez has terminado tu jornada laboral?	Los participantes que llevan más tiempo en la planta responden que no, que desconectan totalmente cuando salen de su guardia. Sin embargo, los demás profesionales comentan que la mayoría de las veces sí. Que sienten en ocasiones culpabilidad y es imposible e inevitable el no desconectar.
4 ¿Cuántas sujeciones has hecho en el último mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna contención; 4 respuestas. • 1 contención; 3 respuestas. • 2 contenciones; 2 respuestas • 4 contenciones; 2 respuestas • 5 contenciones; 3 respuestas • 6 contenciones; 2 respuestas.
5 ¿Cuántas sujeciones de las anteriores crees que podías haber evitado?	La mayoría de participantes responde que ninguna de las anteriores, pero otros coinciden que tal vez con más diálogo podrían haber evitado alguna que otra.
6 ¿Cambiarías algo del protocolo de sujeción mecánica de tu planta? Si es así, ¿Qué cambiarías?	En esta respuesta todos los participantes responden que no cambiarían nada, que es un protocolo muy completo y que además se ha revisado frecuentemente.

Tabla 1; Respuestas obtenidas en los cuestionarios, Tabla de elaboración propia.

6. CONCLUSIÓN.

A la luz de los resultados, solo nos queda unificar criterios lo cual es esencial para trabajar de forma conjunta y con autocontrol, siendo el autoanálisis necesario a la hora de emplear una técnica tan conflictiva y compleja de usar como es la contención mecánica.

La valoración de la necesidad de aplicar la sujeción mecánica en numerosas ocasiones obliga a hacerse preguntas del tipo: ¿Es esta una técnica de primera elección o se utiliza cuando ya no queda más remedio? ¿Cómo se lleva a cabo la decisión, nos basamos en una actitud específica o en una conducta en particular? ¿Cómo entiendo la agitación? Compartir y enumerar criterios resulta de gran necesidad para la correcta utilización de cualquier técnica de cuidados en Psiquiatría. También es necesario compartir experiencias, cuando el malestar con uno mismo limita las decisiones que tomamos en determinadas ocasiones.

El análisis del procedimiento implica como hacer y mejorar la técnica, aclarar cuándo empezarla y acabarla, cómo y qué hacer durante la duración de la misma y luego analizar su utilidad, valorando los resultados en cada paciente concreto.

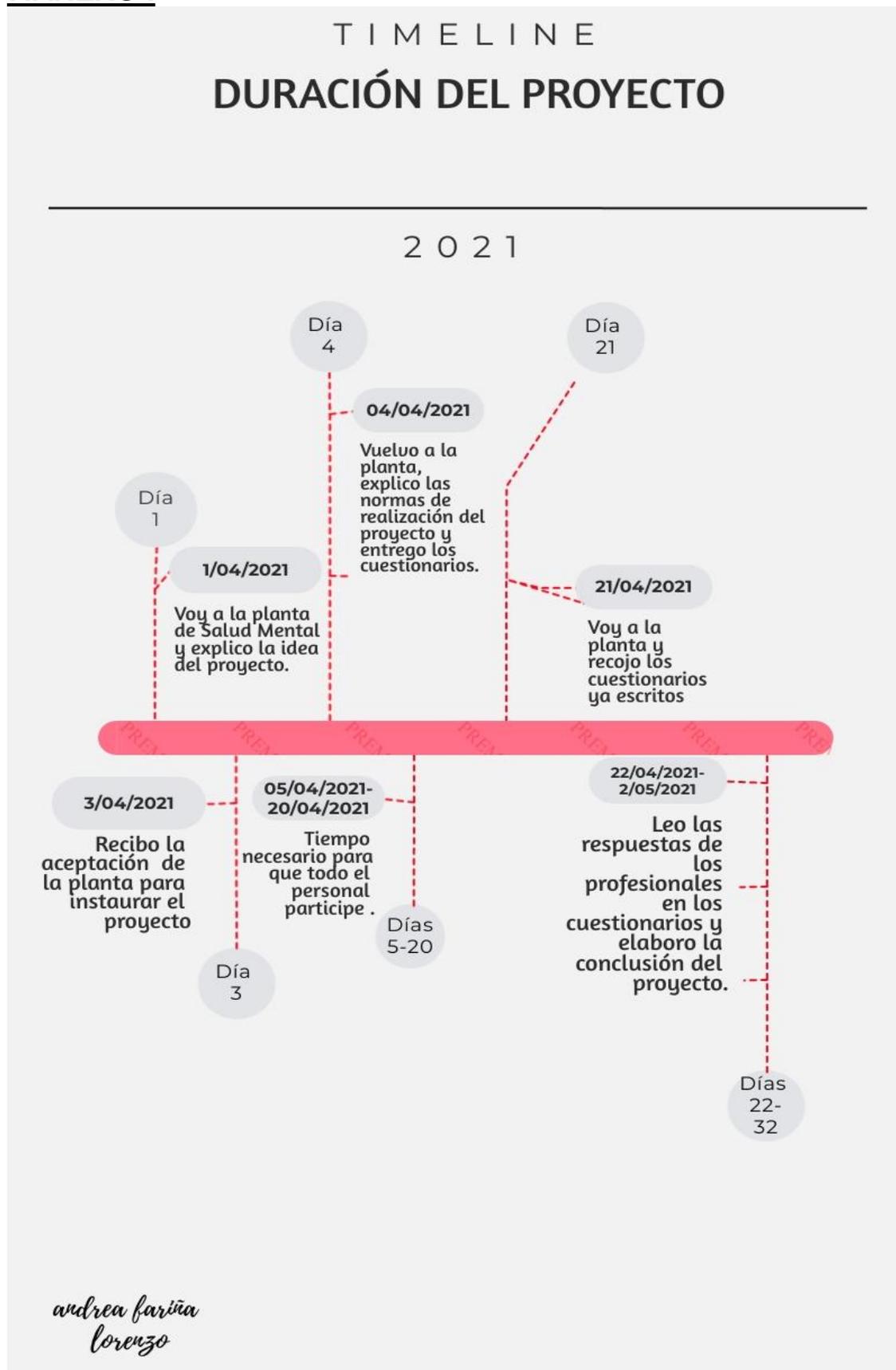
Hay quien justifica que contenciones en un paciente psiquiátrico pueden ser de gran ejemplo para mejorar su conducta: respetar los derechos de los otros, conocer los límites y las consecuencias que tiene el sobrepasarlos, tolerar frustraciones. Pero hay alternativas más aceptadas y más pedagógicas, basadas en la escucha y la empatía, lo que posibilita al paciente expresar sentimientos importantes como las ideas confusas o los pensamientos ocultos.

Estar en silencio durante la realización de la técnica es un hecho necesario. Sin embargo, entrar en discusión con el paciente, explicarle o suplicarle, suponen acontecimientos para mantener la conducta violenta del paciente, provocada por la agitación emocional del proceso, haciéndole así, ofenderse, enfrentarse y defenderse. El personal de Salud Mental requiere de mucha práctica para ignorar de las provocaciones, analizando las anteriores vivencias y sobre todo sus anteriores reacciones.

Es preciso poseer grandes dosis de tranquilidad y autocontrol personal para ignorar ofensas, amenazas y retos.

Por último, recalcar la importancia de conocer los sentimientos y las sensaciones que se producen en el cuerpo día a día en el lugar del trabajo. Esto es esencial para entrar en bienestar consigo mismo y con el entorno, para entender las frustraciones que ocasionan algunos acontecimientos, y para manejar el estrés que producen determinadas vivencias, para así tener un clima agradable con uno mismo y con los demás en donde ejercer la profesión en esas situaciones tan críticas y temidas de la manera más correcta y reconfortante. Mediante este trabajo, se ha contribuido a que el personal de la Unidad de Salud Mental conozca mejor sus propios sentimientos hacia la contención mecánica, para así entender las frustraciones y el generador de estrés que en determinadas ocasiones surgen e imposibilitan una correcta y calmada respuesta hacia ese paciente agitado.

7.ANEXO I



8.ANEXO II

De forma voluntaria se someterá el profesional a una contención mecánica durante 15 minutos en la habitación 1 de la planta de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

Material:

- Habitación aislada
- Juego de correas de sujeción mecánica completo compuesto por:
 - Cinturón ancho abdominal.
 - 2 sujeciones para los miembros superiores.
 - 2 sujeciones para los miembros inferiores.
 - Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama.
 - Botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores.
 - Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de

muelle.

Tras finalizar la simulación se le preguntará al profesional las sensaciones físicas experimentadas y los sentimientos que le ha producido la sujeción mecánica.

9. ANEXO III

Cuestionario voluntario a realizar por el personal de la planta de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

1 ¿Cuándo realizas una sujeción mecánica cómo te sientes?

2 ¿Consideras que agotas todos los recursos (¿Contención verbal, tto? Farmacológico.) antes de realizar una contención?

3 ¿Te llevas esos sentimientos a casa una vez has terminado tu jornada laboral?

4 ¿Cuántas sujeciones has hecho en el último mes?

5 ¿Cuántas sujeciones de las anteriores crees que podías haber evitado?

6 ¿Cambiarías algo del protocolo de sujeción mecánica de tu planta? Si es así, ¿Qué cambiarías?

10.BIBLIOGRAFÍA

1. Marqués Andrés, Susana. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una ciudad de psiquiatría infanto-juvenil. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2007; 58.
2. Manzano Bor, Yasmina, Mir Abellán, Ramón, and Falcó Pegueroles, Anna M. "La Contención Mecánica En Los Cuidados Del Paciente Con Trastorno Mental: Una Aproximación Conceptual Y Crítica." Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental (2019):
3. Cala C. Manicomios: una historia de dolor, abandono e incomprensión. Disponible en: https://cadenaser.com/programa/2015/10/10/hora_14_fin_de_semana/1444442081_777173.html
4. Yorston G, Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; 2009, pp. 5-19.
5. La Dependencia Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. EE en EG y. GC de A a. revisión y reflexión
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision2.pdf>
6. 2012. PCR. INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECIÓN.
Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

7. Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL. Rev médica Clín Las Condes. 2017;28(6):914–22.
8. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric emergencies. Med Clin North Am. 2017;101(3):553–71.
9. Edición Q. Manual diagnósticos y estadístico de trastornos mentales. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf
10. Fernández-Gallego V, Angulo CC, Castillo JS del, Aquilino JAS. Contención del paciente agitado. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2020;27(10):508–14.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2009
12. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. Enero. 2014;8(1):0–0.
13. Rus MS, Castillo FC. Contención mecánica: Definición Conceptual. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/359/contencionmecanica>
14. Unidad de Media Estancia TM del M de O y. F. Aplicación del protocolo de contención mecánica en el Servicio de Salud Mental. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711123.pdf>

15. Equipo completo (FR)
Disponible en: <https://medicaresystem.es/es/catalogo/posicionamiento-contencion/contencion-terapeutica/flame-retardant/item/139-equipo-completo-fr>

16. Aprobación de las unidades de hospitalización de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura.
Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf

17. Carcoba Rubio, Nerea, García Barriuso, Carlos, and Guevara Jiménez, Concepción. "Contención Mecánica En Urgencias." NURSE Investigación: Revista Científica De Enfermería 60 (2012)

18. Ramos Ramos P. Cuidados de enfermería al paciente con trastornos psiquiátricos (2a. ed.) Málaga: Editorial ICB

19. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Rev Calid Asist. 2017;32(3):172–7.

- 20 . Guía para la contención física de pacientes. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Primera edición: marzo de 2011

21. Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, López Álvarez I, Carballeira Carrera L, Fernández Liria A. Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2018;38(134):419–49.