ISSN (e): 2382-4603

Publicación anticipada

Este artículo ha sido aprobado por el Comité editorial de la revista MedUNAB, con previa revisión por pares. Se publica en formato PDF, al momento sin diagramación. Está disponible en la web para su consulta, impresión y difusión. Es pertinente recordar que esta es una versión preliminar la cual está sujeta a modificaciones respecto a la versión final.

Publicación Anticipada

Artículo Original

Vol. 29(3):XX-XX, septiembre-diciembre 2026

Implantación de la guía de buenas prácticas "Fomento de la seguridad" para reducir el uso de contenciones mecánicas en salud mental: un análisis longitudinal

Implementation of the "Promoting Safety" best practice guideline to reduce the use of mechanical restraint in mental health care: a longitudinal analysis

Implementação do guia de boas práticas "Promoção da Segurança" para reduzir o uso de contenções mecânicas em saúde mental: uma análise longitudinal

Ana Merino-Rodríguez https://orcid.org/0009-0004-2026-932X

https://ror.org/02g7qcb42

ana.merinorodriguez@osakidetza.eus - ana_merino81@hotmail.com

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao, España.

Alessandra Campo-García https://orcid.org/0000-0003-4574-7565

https://ror.org/02g7qcb42

alesandra.campogarcia@osakidetza.eus - alessandra.campogarcia@gmail.com

***Autor de correspondencia**

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao, España.

María Asunción Gorroño-Onaindia https://orcid.org/0009-0007-7148-0995

https://ror.org/02g7qcb42

mariaasuncion.gorronoonaindia@osakidetza.eus - gorronomariasun@yahoo.es

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao, España.

Hospital de Bermeo. Bermeo, España.

Kristina San Juan-Ipiña https://orcid.org/0000-0001-7943-8213

https://ror.org/02g7qcb42

kristine.sanjuanipina@osakidetza.eus - kristinesanjuan72@gmail.com

Publicación Anticipada

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao, España.

Hospital de Bermeo. Bermeo, España.

Información del artículo

Artículo recibido: 30 de abril de 2026

Artículo aceptado: 30 de septiembre de 2026

DOI: https://doi.org/10.29375/01237047.5694

Cómo citar. Merino-Rodríguez A, Campo-García A, Gorroño-Onaindia MA, San Juan-Ipiña K. Implantación de la guía de buenas prácticas "*Fomento de la seguridad"* para reducir el uso de contenciones mecánicas en salud mental: un análisis longitudinal. MedUNAB [Internet]. 2026;29(3):XX-XX. doi: https://doi.org/10.29375/01237047.5694

Contribución de los autores.

ACG. Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición, visualización, supervisión y administración del proyecto**.** **AMR.** Conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición, y administración del proyecto. **MAGO.** Conceptualización, metodología, recursos, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición. **KSJI.** Conceptualización, recursos, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición.

Publicación Anticipada

RESUMEN

Introducción. El uso de contenciones mecánicas tiene importantes implicaciones bioéticas y parece estar determinado por factores asistenciales, organizativos y culturales. Esto justifica la necesidad de avanzar hacia modelos asistenciales que reduzcan su utilización mediante la implementación de intervenciones multicomponente, basadas en evidencia y adaptadas al contexto. Los objetivos fueron evaluar la evolución de la tasa de incidencia de contenciones mecánicas en tres unidades de hospitalización de salud mental de la Red de Salud Mental de

Bizkaia antes y durante la implantación de la guía de buenas prácticas *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*. **Metodología.** Estudio observacional, analítico y longitudinal entre 2018 y 2021. Se implementaron tres recomendaciones de buenas prácticas: estrategia multicomponente, distensión y gestión de crisis, y formación a profesionales. Se utilizaron datos anonimizados y agregados. Se ajustó un modelo de regresión binomial negativa para estimar la evolución de la tasa de incidencia de contenciones mecánicas por centro y año. **Resultados.** Se observó una reducción progresiva de la tasa de incidencia, alcanzando el 70.8% en 2021. Se observaron patrones heterogéneos entre unidades. **Discusión.** Este es el primer estudio publicado en España que evalúa la implementación de esta guía de buenas prácticas en el ámbito de la salud mental. La tendencia descendente progresiva del uso de contenciones y la heterogeneidad entre unidades es consecuente con la literatura. **Conclusiones.** La implantación de la guía se asoció con una progresiva reducción de la incidencia de contenciones mecánicas. Las variables contextuales parecen jugar un papel relevante en esta relación.

Palabras clave: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Mejoramiento de la Calidad; Hospitales Psiquiátricos; Trastornos Mentales; Seguridad del Paciente; Restricción Física; Incidencia; Estudio Observacional.

ABSTRACT

Introduction. The use of mechanical restraint has important bioethical implications and appears to be determined by care-related, organizational, and cultural factors. This justifies the need to move toward models of care that reduce its use by implementing evidence-based multicomponent interventions tailored to the context. The objectives were to evaluate changes in the incidence rate of mechanical restraint in three inpatient mental health units of the Bizkaia Mental Health Network before and during implementation of the “Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints” best practice guideline. **Methodology.** An observational, analytical, and longitudinal study was conducted between 2018 and 2021. Three best practice

Publicación Anticipada

recommendations were implemented: a multicomponent strategy, de-escalation and crisis management, and staff training. Anonymized and aggregated data were used. A negative binomial regression model was fitted to estimate changes in the incidence rate of mechanical restraint by center and year. **Results.** The incidence rate declined progressively, with the reduction reaching 70.8% in 2021. Heterogeneous patterns were observed across units. **Discussion.** This is the first study published in Spain to evaluate the implementation of this best practice guideline in mental health care. The progressive downward trend in restraint use and the heterogeneity across units are consistent with the literature. **Conclusions.** Implementation of the guideline was associated with a progressive reduction in the incidence of mechanical restraint. Contextual variables appear to play an important role in this relationship.

Keywords: Evidence-Based Practice; Quality Improvement; Hospitals, Psychiatric; Mental Disorders; Patient Safety; Restraint, Physical; Incidence; Observational Study.

RESUMO

Introdução. O uso de contenções mecânicas tem importantes implicações bioéticas e parece ser determinado por fatores assistenciais, organizacionais e culturais. Isso justifica a necessidade de avançar em direção a modelos assistenciais que reduzam seu uso por meio da implementação de intervenções multicomponentes, baseadas em evidências e adaptadas ao contexto. Os objetivos foram avaliar a evolução da taxa de incidência de contenções mecânicas em três unidades de internação em saúde mental da Rede de Saúde Mental de Bizkaia, antes e durante a implementação do guia de boas práticas "Promoção da Segurança: alternativas ao uso de contenções". **Metodologia.** Estudo observacional, analítico e longitudinal, realizado entre 2018 e 2021. Foram implementadas três recomendações de boas práticas: estratégia multicomponente, descompressão e gestão de crises, e capacitação de profissionais. Foram utilizados dados anonimizados e agregados. Foi ajustado um modelo de regressão binomial negativa para estimar a evolução da taxa de incidência de contenções mecânicas por centro e por ano. **Resultados.**

Publicación Anticipada

Observou-se uma redução progressiva da taxa de incidência, que atingiu 70,8% em 2021. Foram observados padrões heterogêneos entre as unidades. **Discussão.** Este é o primeiro estudo publicado na Espanha que avalia a implementação desse guia de boas práticas na área da saúde mental. A tendência de redução progressiva do uso de contenções e a heterogeneidade entre as unidades estão em consonância com a literatura. **Conclusões.** A implementação do guia esteve associada a uma redução progressiva da incidência de contenções mecânicas. As variáveis contextuais parecem desempenhar um papel relevante nessa relação.

Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências; Melhoria de Qualidade; Hospitais Psiquiátricos; Transtornos Mentais; Segurança do Paciente; Restrição Física; Incidência; Estudo Observacional.

Introducción

La contención mecánica (CM) abarca cualquier procedimiento o dispositivo físico utilizado para restringir el movimiento de la persona con el objetivo de prevenir daños a sí misma o a terceros, debiendo aplicarse únicamente como último recurso cuando otras medidas han fracasado y existe un riesgo inminente de seguridad (1). Las guías y estándares internacionales coinciden en que su uso debe ser excepcional, proporcional y limitado en el tiempo, enmarcado dentro de una estrategia más amplia de promoción de la seguridad y prevención de la violencia (1,2).

En el ámbito de hospitalización de salud mental las CM suelen indicarse en situaciones de agitación psicomotriz grave, conductas violentas o riesgo de daño inminente. Los antecedentes más comunes de estas situaciones incluyen factores individuales (clínica psicótica, consumo de sustancias), factores interpersonales (conflictos con otros pacientes o profesionales) y factores ambientales (características de la unidad de hospitalización) (3). Asimismo, la mayor gravedad clínica, mayor presencia de síntomas psicóticos y conductas disruptivas más intensas se asocian con una mayor probabilidad de sufrir episodios repetidos de CM (4).

Publicación Anticipada

El uso de medidas coercitivas, incluyendo la CM, presenta una gran variabilidad entre países y sistemas sanitarios, lo que refleja diferencias normativas, organizativas y culturales (3,5). En Europa se han evidenciado tasas heterogéneas, incluso entre países vecinos, lo que sugiere un amplio margen de mejora y estandarización en la práctica clínica (6). En España, el uso de CM sigue siendo relativamente frecuente en unidades de hospitalización psiquiátrica, y los propios profesionales reconocen la utilización de la contención en su práctica clínica habitual (7). Revisiones sistemáticas recientes indican que la prevalencia de estas prácticas puede variar ampliamente entre estudios y países, llegando incluso a cerca de la cuarta parte de los pacientes hospitalizados en algunos casos, lo que pone de manifiesto la magnitud y heterogeneidad del fenómeno (8).

El empleo de CM conlleva riesgos físicos como lesiones, complicaciones médicas e incluso eventos graves; así como consecuencias emocionales negativas para los pacientes, como miedo, humillación o pérdida de confianza en los profesionales (9). Además, esta práctica puede generar impacto también en los profesionales, afectando su bienestar emocional y la relación terapéutica (10). Estudios han evidenciado que, aunque hay profesionales que consideran la contención necesaria en determinadas situaciones, existe una creciente conciencia sobre sus efectos negativos y la necesidad de reducirlos (7,11). Por su parte, pacientes y cuidadores tienden a mostrar actitudes mayoritariamente críticas hacia estas prácticas, percibiéndolas como coercitivas y potencialmente traumáticas (11).

Desde una perspectiva más amplia, el uso de CM plantea importantes cuestiones bioéticas relacionadas con la autonomía, la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental (12). Trasladándose al ámbito normativo, existe una tendencia creciente a limitar el uso de CM en el ámbito internacional. En España, la Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado establece criterios específicos para el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos, subrayando la necesidad de justificación clínica, proporcionalidad, supervisión y registro de estas

Publicación Anticipada

intervenciones (13). Este marco normativo refuerza la obligación de las organizaciones sanitarias de implementar estrategias que reduzcan el uso de estas prácticas.

Ante este escenario se ha impulsado en las últimas décadas el desarrollo de alternativas orientadas a prevenir o reducir el uso de CM. Entre ellas se incluyen intervenciones como la desescalada verbal, la modificación del entorno terapéutico, el uso de salas de confort sensorial y otras estrategias centradas en la persona (14-16). Programas estructurados como *Six Core Strategies* y *No Force First* han demostrado ser efectivos para disminuir la utilización de CM mediante cambios organizativos, formación y promoción de una cultura asistencial orientada a la seguridad y la recuperación (17-19). La evidencia reciente respalda que intervenciones multifactoriales y organizacionales son las más eficaces para reducir la incidencia de las CM en unidades psiquiátricas (20).

No obstante, la implantación efectiva de estas intervenciones requiere procesos estructurados de traducción del conocimiento y adaptación al contexto local, así como evaluación continua de resultados (21). Así, la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) puede ser clave para mejorar la calidad asistencial y reducir la variabilidad clínica. Estas guías ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia, facilitan la estandarización de la práctica y promueven cambios organizativos orientados a la seguridad del paciente (2,21). En particular, la GBP de la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* propone un enfoque integral que incluye la valoración del riesgo, la prevención de la escalada de la conducta, la implicación de la persona y el uso prioritario de alternativas no coercitivas (2). Esta guía se ha implantado en distintos contextos asistenciales a través del programa *Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)* -o, por su denominación en inglés, *Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®)*-, incluyendo su desarrollo en España (22). Asimismo, herramientas específicas de implantación de guías de buenas prácticas facilitan la adaptación sistemática de estas recomendaciones en la práctica clínica (23).

Publicación Anticipada

Aunque la evidencia sobre la efectividad de la implantación de la GBP *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* es aún limitada, estudios recientes sugieren que la adaptación de recomendaciones basadas en la evidencia y su integración en programas organizativos puede contribuir a disminuir el uso de medidas coercitivas (24).

La evidencia disponible señala la necesidad de avanzar hacia modelos asistenciales que reduzcan el uso de CM mediante intervenciones multicomponente, basadas en la evidencia y adaptadas al contexto organizativo. En este marco, la implantación de la GBP *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* representa una oportunidad para mejorar la calidad y seguridad de la atención. Ante el elevado número de CM detectado en las unidades de rehabilitación de los tres hospitales de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), y en el marco del programa CCEC®/BPSO®, la RSMB se comprometió a implantar la guía de la RNAO *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* en una unidad de rehabilitación de cada hospital.

Así, se planteó que la implantación de la GBP se asociaría a una disminución de la incidencia de CM. Los objetivos de este trabajo fueron evaluar la evolución de la tasa de incidencia de contenciones mecánicas en tres unidades de hospitalización de salud mental de la RSMB antes y durante la implantación de la GBP *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*, y analizar si la evolución temporal de dicha incidencia difirió entre unidades.

Metodología

Diseño: estudio observacional, analítico y longitudinal del proceso de implantación.

Contexto del estudio**:** el estudio se llevó a cabo entre 2018 y 2021 en la RSMB. Esta es una organización sanitaria perteneciente a la institución Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que presta atención especializada en salud mental a la población residente en la provincia de Bizkaia (Euskadi, España). Integra centros y servicios de atención comunitaria y tres hospitales psiquiátricos (Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar y Hospital de Zamudio).

Publicación Anticipada

Participantes: se seleccionaron tres unidades de hospitalización en salud mental, una por cada hospital psiquiátrico de la RSMB. Los criterios de inclusión fueron ser una unidad de rehabilitación y, entre estas, la que hubiera aplicado un mayor número de CM en el año previo a la implantación de las buenas prácticas. Las unidades estudiadas son unidades de rehabilitación de salud mental multidisciplinares en las que se atiende a personas con trastorno mental grave que, por la importante afectación de su funcionalidad, requieren de un ingreso más largo antes de volver al entorno comunitario o están a la espera de pasar a otro recurso. La descripción de las unidades está disponible en la Tabla 1.

Variables: se analizaron las siguientes variables:

- Número de contenciones mecánicas aplicadas.
- Número de personas atendidas, medido por el número de episodios de historia clínica abiertos en el periodo de análisis.
- Unidad de rehabilitación de salud mental, identificada por el nombre del hospital al que pertenece (Bermeo, Zaldibar, Zamudio).
- Año (2018 –basal- 2019, 2020 y 2021).

Procedimiento: La implantación de la GBP siguió la metodología del programa para la implantación de guías de buenas prácticas CCEC®/BPSO®, con el soporte y supervisión del centro coordinador del programa en Euskadi (Host Regional Euskadi). Se desarrolló de forma transversal, implicando a todas las categorías profesionales y niveles de la organización. Se creó una estructura de trabajo específica formada por un equipo coordinador, un comité responsable y equipos de implantación multidisciplinares que recibieron formación en dicha metodología. Esta estructura trabajó con liderazgo propio y apoyo del Host, se coordinó con la Dirección y la Gerencia y contó con el respaldo de otras estructuras organizativas. La implantación fue paralela y progresiva en las tres unidades, con inicio en el año 2019.

Publicación Anticipada

Atendiendo a las necesidades identificadas, se seleccionaron tres recomendaciones de la GBP (Tabla 2). Para aplicarlas, los equipos de implantación diseñaron y/o adaptaron las siguientes intervenciones:

1) Valoración del riesgo de autoagresividad y/o heteroagresividad, realizada antes de transcurrir un mes desde la fecha de ingreso por el equipo de enfermería mediante entrevista semiestructurada individualizada, con revaloración semestral o ante cambios en la situación clínica.
2) Planes de cuidados para personas con riesgo de autoagresividad y/o heteroagresividad, configurados según lenguajes estandarizados de enfermería.
3) Plan Confort, elaborado entre la persona atendida y el equipo de enfermería mediante entrevista estructurada, cuyo propósito fue identificar necesidades y preferencias de la persona en el abordaje de una situación de malestar y posible escalada de agitación, y orientar estrategias alternativas a la CM.
4) Diseño y reorganización de los espacios de las unidades para crear entornos terapéuticos que favorezcan la relajación y el bienestar.
5) Programa de ocio terapéutico elaborado con la participación de las personas ingresadas.
6) Plan de seguridad para situaciones de agitación.
7) Sesiones de análisis post-contención mecánica realizadas por profesionales que hayan participado en una CM para compartir las emociones experimentadas, analizar desencadenantes y aplicación de la contención y, en su caso, identificar posibles mejoras.
8) Itinerario formativo alineado con las áreas de conocimientos recogidas en la GBP.
9) Simulacros en puesto sobre contención mecánica y alternativas, incluyendo desescalada verbal.

El proceso de implantación de la GBP fue monitoreado mediante indicadores de proceso y resultado, diseñados específicamente para tal fin.

Publicación Anticipada

Los datos se recogieron de forma anonimizada y agregada por unidad. Se extrajeron de cuadros de mando diseñados con la herramienta *Oracle Business Intelligence* específicamente para hacer seguimiento de la implantación. En estos cuadros de mando se vuelcan automáticamente los datos registrados en la historia clínica digital.

Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo, incluyendo un análisis por subgrupos según unidad (Bermeo, Zaldibar, Zamudio) y año (2018-2021). Se realizó un análisis longitudinal de la incidencia de CM por año y unidad. El 2018 se consideró periodo basal. La variable dependiente fue el número anual de CM por unidad. Dado que el número de personas atendidas varió entre unidades y años, se modelaron tasas de incidencia mediante modelos de regresión binomial negativa con función de enlace logarítmica, incorporando el logaritmo del número de personas atendidas como variable de desplazamiento para estandarizar las tasas por población expuesta. En el análisis principal, el año se incluyó como variable categórica para estimar cambios respecto al periodo basal, y la unidad de hospitalización como factor, considerándose ambos como efectos principales. No se incluyeron términos de interacción entre unidad de hospitalización y año en el modelo principal.

Para explorar posibles diferencias entre unidades en la evolución temporal de la tasa de incidencia de CM, se estimaron medias marginales ajustadas por unidad y año a partir del modelo de regresión binomial negativa. Estas permitieron describir y comparar las trayectorias temporales de la incidencia de CM de cada unidad. Este análisis se realizó como aproximación descriptiva de la posible heterogeneidad en la evolución, sin incluir interacciones en el modelo inferencial principal. Los resultados se expresan como Razones de Tasas de Incidencia (IRR) con Intervalos de Confianza (IC) del 95%. Se consideró significación estadística un valor de $p<0.05$.

Resultados

Las tres unidades estudiadas atendieron un total de 648 personas durante el periodo de análisis (Tabla 3). Los valores absolutos de CM y pacientes con CM se presentan en la Tabla 4. Se ajustó

Publicación Anticipada

un modelo de regresión binomial negativa para estimar la evolución de la tasa de incidencia de CM por centro y año, incorporando el número de personas atendidas como variable de desplazamiento (*offset*).

El modelo mostró que, en comparación con el año basal (2018), se observó una reducción progresiva de la tasa de incidencia a lo largo del periodo de estudio. En 2019 la tasa de CM fue un 57.2% menor que en 2018 (IRR=0.428). Esta reducción fue mayor en 2020; con una disminución del 63.1% (IRR=0.369); y alcanzó el 70.8% en 2021 (IRR=0.293), indicando una tendencia (no estadísticamente significativa) descendente sostenida durante el periodo analizado (Tabla 5).

En cuanto a las diferencias entre unidades de hospitalización, tomando la unidad de Bermeo como referencia, se observaron menores tasas de incidencia de contenciones mecánicas ajustadas en las unidades de Zaldibar y Zamudio. En concreto, la unidad de Zaldibar presentó una tasa un 80.4% inferior (IRR=0.196), mientras que la unidad de Zamudio mostró una reducción del 77.4% (IRR=0.226) respecto a la unidad de hospitalización de Bermeo.

Las medias marginales ajustadas mostraron patrones heterogéneos en la evolución de la tasa de incidencia entre unidades de hospitalización. En la unidad de Bermeo se observó una evolución no lineal, con un incremento en 2020 seguido de una reducción en 2021 y sin un patrón descendente consistente a lo largo del tiempo. En la unidad de Zaldibar se evidenció una disminución pronunciada y sostenida de la tasa de incidencia de contenciones mecánicas desde 2018 hasta 2021. En la unidad de Zamudio se observó un patrón con fluctuaciones moderadas y sin una tendencia temporal claramente descendente (Figura 1).

En conjunto, los resultados indican que la implantación de la GBP se asoció con una reducción de la incidencia de CM y más marcada en la unidad de Zaldibar, si bien el efecto fue heterogéneo entre unidades de hospitalización.

Discusión

Publicación Anticipada

Los resultados muestran una disminución progresiva de la tasa de incidencia de CM, con un descenso importante respecto al periodo basal. Esto es consistente con la evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a reducir el uso de CM en entornos asistenciales, donde se han descrito disminuciones significativas tras la implementación de estrategias estructuradas (3,25). La tendencia temporal descendente, más marcada en los últimos años del proceso de implantación, sugiere un posible efecto acumulativo ya descrito en estudios previos que destacan que los cambios en este ámbito requieren procesos graduales de formación, adaptación y consolidación de las prácticas (25).

Por otro lado, la variabilidad entre unidades de hospitalización observada coincide con la literatura que señala que los resultados de las estrategias de reducción de CM dependen en gran medida del contexto organizativo y del grado de implantación (24), así como a factores de liderazgo, cultura organizativa y recursos disponibles (17). La reducción global observada debe interpretarse considerando las diferencias detectadas entre unidades y la posible influencia de factores locales.

Dado el diseño observacional del estudio, no es posible establecer una relación causal entre la implantación de la GBP y los cambios observados en la incidencia de CM. Además, estos cambios pueden estar influidos por otros factores no controlados y diferencias contextuales no recogidas, como cambios en los equipos asistenciales. Así, los resultados deben entenderse como una descripción de la evolución temporal en un contexto de implantación real, en el que pueden coexistir múltiples factores que influyan en los resultados. Asimismo, el carácter progresivo del proceso de implantación de la GBP y la pluralidad de intervenciones puestas en marcha dificulta aislar el efecto de cada una de ellas.

Finalmente, el periodo de seguimiento y el número de unidades estudiadas limitan la capacidad de generalización de los resultados a otros contextos.

Según nuestro conocimiento, es el primer estudio publicado en España que evalúa la implementación de la GBP de la RNAO *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de*

Publicación Anticipada

contenciones en el marco del programa CCEC®/BPSO®. Esto constituye una fortaleza, aunque impide comparar los resultados con otras organizaciones de contexto similar que hayan implantado la misma GBP.

En el futuro, sería interesante poder ampliar el número de unidades estudiadas y recoger de forma estructurada los detalles del proceso de implantación para determinar las condiciones exactas que favorecen el uso de alternativas a la CM.

Conclusiones

Este estudio sugiere que la GBP *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* se asoció con una progresiva reducción de la incidencia de CM en unidades de rehabilitación hospitalaria de salud mental, donde las variables contextuales y el grado de adherencia a la implantación parecen jugar un papel relevante en esa relación. El trabajo refleja el potencial de esta GBP como herramienta para avanzar en la reducción del uso de CM en organizaciones sanitarias que prestan atención especializada en salud mental.

Agradecimientos

Especial agradecimiento a las impulsoras, colíderes y líderes actuales y anteriores de esta guía de buenas prácticas por contribuir al diseño e implementación de las acciones de mejora; a las supervisoras y a las adjuntas de enfermería de los tres hospitales de la RSMB, así como a todo el equipo directivo y a la gerencia por facilitar y apoyar la implantación; así mismo, a la Unidad de Gestión Sanitaria por su contribución al diseño y seguimiento de indicadores y la provisión de los datos necesarios para este trabajo. Finalmente, agradecer al *Host Euskadi* su inestimable orientación y apoyo.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que tienen una relación contractual con la organización en la que se realizó el estudio y que han desempeñado o desempeñan actualmente un rol de liderazgo dentro del programa CCEC®/BPSO® en la misma organización.

Publicación Anticipada

Financiación

Este trabajo fue apoyado por el programa para la implantación de buenas prácticas CCEC®/BPSO®, que está parcialmente financiado por el Centro Español de Cuidados Basados en la Evidencia: Centro de Excelencia en el Instituto Joanna Briggs.

Consideraciones éticas

Este trabajo se realizó conforme a la normativa española y europea sobre protección de datos personales y garantía de derechos digitales. Se utilizaron datos secundarios anonimizados, los cuales se presentan de forma agregada. El comité de ética regional no apreció compromiso de los principios éticos de la investigación en seres humanos (Acta 6/26; Código E26-41).

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos subyacentes a este artículo pueden solicitarse a las autoras y serán cedidos previa autorización de la organización.

Referencias

1. The Joint Commission. New and revised restraint and seclusion requirements for behavioral health care and human services organizations [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2024. Recuperado a partir de: R3 Report Issue 44: New and Revised Restraint and Seclusion Requirements for Behavioral Health Care and Human Services Organizations
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Fomento de la seguridad: Alternativas al uso de contenciones [Internet]. Canadá: RNAO; 2012. 148 p. Recuperado a partir de: D0045_Contenciones_2012.pdf
3. Whiting D, Lewis A, Khan K, Alder E, Gookey G, Tully J. Mechanical restraint in inpatient psychiatric settings: a systematic review of international prevalence, associations, outcomes, and reduction strategies. Eur Psychiatry [Internet]. 2025;68(1):e57. doi: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2453

Publicación Anticipada

4. Aguglia A, Corsini GP, Berardelli I, Berti A, Conio B, Garbarino N, et al. Mechanical restraint in inpatient psychiatric unit: prevalence and associated clinical variables. Medicina [Internet]. 2023;59(10):1847. doi: https://doi.org/10.3390/medicina59101847
5. Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, Arnold R, Staggs VS, Kisely S, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. BJPsych Open [Internet]. 2024;10(1):e26. doi: https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613
6. O'Donovan D, Boland C, Carballedo A. Current trends in restrictive interventions in psychiatry: a European perspective. BJPsych Advances [Internet]. 2023;29(4):274-282. doi: https://doi.org/10.1192/bja.2022.41
7. Aguilera-Serrano C, Goodman-Casanova JM, Bordallo-Aragón A, García-Sánchez JA, Mayoral-Cleries F, Guzmán-Parra J. Attitudes about mechanical restraint use in mental health hospitalization services: a Spanish survey. Healthcare [Internet]. 2023;11(13):1909. doi: https://doi.org/10.3390/healthcare11131909
8. Belayneh Z, Chavulak J, Lee DCA, Petrakis M, Haines TP. Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: a systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs [Internet]. 2024;33(4):1256-1281. doi: https://doi.org/10.1111/jocn.17041
9. Wasser T, Strockbine B, Uyanwune Y, Kapoor R. Restraint and seclusion practices and policies in U.S. forensic psychiatric hospitals. J Am Acad Psychiatry Law [Internet]. 2023;51(4):566-574.
10. Molloy L, Beckett P, Chidarikire S, Cutler N, Isobel S, Murphy G, et al. Mental health nurses' enforcement of involuntary care in inpatient settings: a meta-ethnography. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2025;34(3):e70044. doi: https://doi.org/10.1111/inm.70044

Publicación Anticipada

11. Butterworth H, Wood L, Rowe S. Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. BJPsych Open [Internet]. 2022;8(6):e178. doi: https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574
12. Ramos-Pozón S, Román-Maestre B, Blánquez B. Coercive measures in disability and mental health care services: mechanical restraints from a bioethical and legal perspective in Spain. Int J Law Psychiatry [Internet]. 2025;99:102067. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102067
13. Fiscalía General del Estado. Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, 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 [Internet]. Madrid: BOE; 2022. Recuperado a partir de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221
14. Moell A, Ahsberg E, Enell S, Vogel MA, Gabrielsson S, Malmer E, et al. Interventions to prevent and reduce coercive measures in psychiatric and residential care for youth: a mixed-methods systematic review. Lancet Psychiatry [Internet]. 2026;13(8):699-710. doi: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(26)00056-8
15. Haefner J, Dunn I, McFarland M. A quality improvement project using verbal de-escalation to reduce seclusion and patient aggression in an inpatient psychiatric unit. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2021;42(2):138-144. doi: https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789784
16. Clemente-Martínez L, Genzor-Rios C, Lacambra-Morella R, López-Vidal MC, Rosado-Grande M, Carbón-Sandoval A. Salas de confort sensorial y su aplicación en la salud mental. Rev Sanit Investig [Internet]. 2023;4(5):139. Recuperado a partir de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965579
17. Huckshorn KA. Reducing seclusion & restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2004;42(9):22-33. doi: https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-05

Publicación Anticipada

18. Atdjian S, Huckshorn KA. Toward the cessation of seclusion and mechanical restraint use in psychiatric hospitals: a call for regulatory action. Psychiatr Serv [Internet]. 2024;75(1):64-71. doi: https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100538
19. Haines-Delmont A, Goodall K, Duxbury J, Tsang A. An evaluation of the implementation of a "No Force First" informed organisational guide to reduce physical restraint in mental health and learning disability inpatient settings in the UK. Front Psychiatry [Internet]. 2022;13:749615. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.749615
20. Pedersen ML, Gildberg FA, Baker J, Tingleff EB. A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2024;33(3):505-522. doi: https://doi.org/10.1111/inm.13267
21. Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editores. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 2a ed [Internet]. Chichester (West Sussex): John Wiley & Sons; 2013. 424 p. doi: https://doi.org/10.1002/9781118413555
22. Best Practice Spotlight Organizations. Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® [Internet]. España: BPSO; 2025. Recuperado a partir de: https://www.bpso.es/
23. Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: implementation of best practice guidelines. Second Edition [Internet]. Canadá: RNAO; 2012 151 p. Recuperado a partir de: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
24. Hirsch S, Baumgardt J, Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, et al. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence: baseline data of the randomized controlled PreVCo study. Front Psychiatry [Internet]. 2023;14:1130727. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1130727
25. Bausman D, Gigliotti S, Meshok M. Transition to a restraint-free inpatient behavioral health setting. Patient Safety [Internet]. 2024;6(1):1-8. doi: https://doi.org/10.33940/001c.115424

Publicación Anticipada

Tabla 1. Número de camas y dotación de profesionales de las unidades de rehabilitación seleccionadas, diferenciados por categoría

UNIDAD (número de camas)	ENF	PSI	PSQ	TCAE	TO	TS
Bermeo (29)	6	1	3	18	1	1
Zaldibar (40)	6	1	2	18	1	1
Zamudio (36)	6	1	3	19	1	1

ENF: enfermeras especialistas en salud mental. PSI: psicólogos. PSQ: psiquiatras. TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. TO: terapeutas ocupacionales. TS: trabajadores sociales. La distribución de ENF y TCAE en los turnos de mañana y tarde es semejante.

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por las supervisoras de enfermería.

Publicación Anticipada

Tabla 2. Recomendaciones de la guía de buenas prácticas *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* seleccionadas para su implantación

Recomendación 6. Las enfermeras, 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.
Recomendación 7. Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben implantar técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis, y poner en marcha los recursos pertinentes para promover la seguridad y atenuar el riesgo de que el paciente o un tercero sufran cualquier daño cuando se intensifican las conductas reactivas. Nivel de evidencia = IIb.
Recomendación 9. Cuando se trabaja con pacientes a los que puede ser necesario aplicar contenciones, se debe incluir formación específica en los programas para enfermeras que se incorporan a este ámbito de práctica, así como oportunidades de formación continua. Nivel de evidencia = Ib.

Fuente: adaptado de *Registered Nurses' Association of Ontario* (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2012). Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones (Promoting Safety: *Alternative Approaches to the Use of Restraints*). Toronto, ON: *Registered Nurses' Association of Ontario*.

Publicación Anticipada

Tabla 3. Número de pacientes atendidos por año y unidad de implantación de las recomendaciones de buenas prácticas

	2018		2019		2020		2021		TOTAL	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Bermeo	52	31.71	39	23.78	36	21.95	37	22.56	**164**	**25.31**
Zaldibar	54	28.42	47	24.74	43	22.63	46	24.21	**190**	**29.32**
Zamudio	69	23.47	62	21.09	73	24.83	90	30.61	**294**	**45.37**
TOTAL	**175**	**27.01**	**148**	**22.84**	**152**	**23.46**	**173**	**26.70**	**648**	**100.00**

Fuente: elaboración propia a partir de salida de datos de *Oracle Business Intelligence*.

Tabla 4. Número de contenciones mecánicas aplicadas y número de pacientes a quienes se aplica contención mecánica, por unidad y año

	2018		2019		2020		2021	
	CM	**PAC**	**CM**	**PAC**	**CM**	**PAC**	**CM**	**PAC**
Bermeo	24	10	20	7	29	6	17	7
Zaldibar	32	6	4	3	2	1	1	1
Zamudio	8	4	13	9	6	6	11	7
TOTAL	**64**	**20**	**37**	**19**	**37**	**13**	**29**	**15**

CM: contención mecánica. PAC: pacientes.

Fuente: elaboración propia a partir de salida de datos de *Oracle Business Intelligence*.

Publicación Anticipada

Tabla 5. Modelo de regresión binomial negativa para la tasa de incidencia de contenciones mecánicas, ajustado por unidad y año

Variable	Categoría	IRR (Exp(B))	IC95%	p
Intersección		1.313	(0.224 - 7.679)	0.763
Año	2,018 (Ref)	1.000	--	--
	2,019	0.477	(0.077 - 2.971)	0.428
	2,020	0.363	(0.056 - 2.342)	0.287
	2,021	0.293	(0.045 - 1.896)	0.197
Centro	Bermeo (Ref)	1.000	--	--
	Zaldibar	0.196	(0.037 – 1.034)	0.055
	Zamudio	0.226	(0.051 – 0.990)	0.048

Ref: referencia. IRR: razón de tasas de incidencia. IC95%: intervalo de confianza del 95%. Modelo de regresión binomial negativa con enlace logarítmico.

Fuente: elaboración propia a partir de salida de datos de SPSS.

Publicación Anticipada

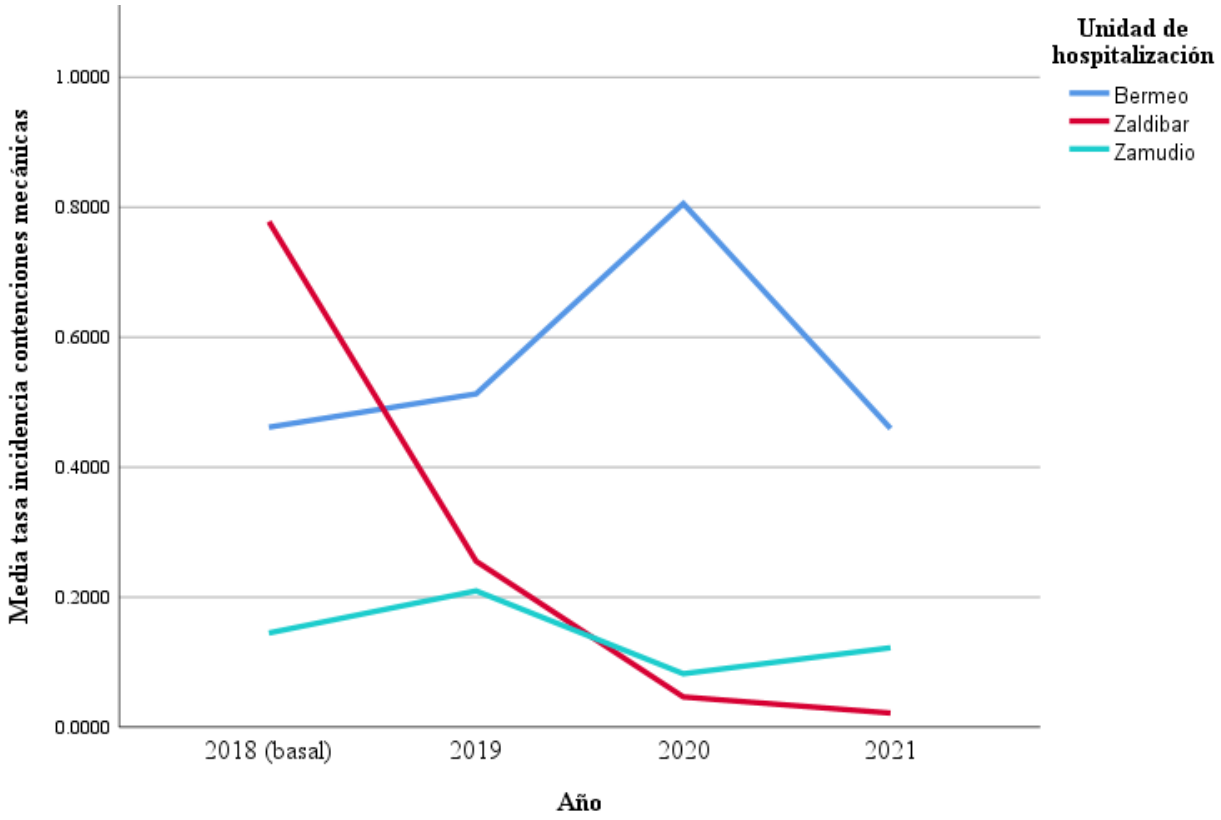


Figura 1. Evolución temporal de la tasa de incidencia de contenciones mecánicas ajustada por unidad (2018-2021)

Fuente: salida de datos de SPSS.

Publicación