



Buenas prácticas en las contenciones mecánicas



Buenas prácticas en las contenciones mecánicas

Madrid, junio 2026

Al igual que todos los informes y demás publicaciones del Defensor del Pueblo, se puede acceder a la versión digital del presente documento en la web institucional: www.defensordelpueblo.es

Los enlaces a webs que figuran a lo largo del documento fueron consultados en el momento de cerrar el texto.

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación, siempre que se cite la fuente. En ningún caso será con fines lucrativos.

Ejemplar realizado por el Defensor del Pueblo

© Defensor del Pueblo
Eduardo Dato, 31 – 28010 Madrid
www.defensordelpueblo.es
Documentacion@defensordelpueblo.es

Depósito Legal: M-15605-2026

SUMARIO

Presentación	5
1 Introducción	7
2 Marco conceptual.....	10
2.1 Modalidades de contención.....	10
2.2 Impacto sobre derechos fundamentales y dignidad de la persona.....	11
2.3 De la cultura de la contención a la cultura de la prevención	12
3 Normas de referencia	13
3.1 Normativa internacional y europea.....	13
3.2 Normativa española.....	14
3.3 Recomendaciones y doctrina ética.....	15
4 Criterios generales del Defensor del Pueblo para el uso de las contenciones mecánicas.....	17
4.1 Carácter excepcional y de último recurso	17
4.2 Derecho a la información.....	17
4.3 Exclusión absoluta de fines punitivos, disciplinarios o de conveniencia ..	18
4.4 Principio de proporcionalidad y mínima restricción	18
4.5 Temporalidad y duración mínima imprescindible	18
4.6 Supervisión continua y control efectivo	18
4.7 Valoración médica y especial cautela en personas vulnerables.....	18
4.8 Registro documental completo	18
4.9 Comunicación inmediata a la autoridad competente	19
4.10 Formación específica y cultura de prevención	19
4.11 Protocolos de actuación	19
4.12 Revisión institucional periódica de las contenciones	19
5 Forma de actuación común en la aplicación de las contenciones mecánicas ..21	
5.1 Forma de aplicación	21
5.1.1 Número de puntos de contención (21) — 5.1.2 Posición de la persona contenida (21) — 5.1.3 Prevención de riesgos respiratorios (21) — 5.1.4 Equipo humano durante la contención (22) — 5.1.5 Condiciones materiales del entorno (22) — 5.1.6 Personas especialmente vulnerables (22)	
5.2 Documentación.....	23
5.3 Finalización o retirada de la contención mecánica.....	24
5.4 Evaluación posterior del episodio de contención	25

6	Contenciones en el entorno penitenciario	27
6.1	Modalidades de contención en el ámbito penitenciario	27
6.1.1	Contención regimental (27) — 6.1.2 Contención sanitaria (30)	
6.2	Espacios y condiciones de equipamiento (criterios comunes)	31
6.3	Supervisión sanitaria y cuidados durante la contención (criterios comunes).....	32
6.4	Comunicación a la Autoridad Judicial	33
7	Contenciones en hospitalización psiquiátrica.....	34
7.1	Naturaleza y ámbito de aplicación	34
7.2	Valoración clínica e indicación	34
7.3	Situaciones de especial riesgo y cautelas clínicas	35
7.4	Procedimiento y garantías asistenciales.....	35
7.5	Supervisión clínica, revisiones y cuidados.....	36
7.6	Duración, revisión de la medida y prórroga	37
7.7	Registro clínico y variables de seguimiento	37
7.8	Finalización de la contención y evaluación posterior	38
8	Contenciones en el entorno sociosanitario	39
8.1	Principios rectores.....	39
8.2	Ámbito de aplicación	39
8.3	Infraestructura	40
8.4	Procedimiento (protocolos de aplicación)	40
8.5	Promoción de modelos asistenciales libres de sujeciones	42
9	Consideraciones finales	43
	Bibliografía.....	45

PRESENTACIÓN

El Defensor del Pueblo, en el año 2017, consideró conveniente elaborar el documento [Las contenciones mecánicas en centros de privación de libertad](#), que comprendía una guía sobre la aplicación y el uso de las contenciones mecánicas en los centros penitenciarios, con objeto de que estas prácticas siempre respeten los derechos de las personas internas (se publicó independientemente, a fin de facilitar su distribución en el medio penitenciario: [Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas](#)).

Transcurridos casi diez años desde la publicación de esos documentos, se hace necesario su actualización, considerando los avances que se han incorporado al acervo jurídico, especialmente la 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, así como la creciente demanda social con respecto a la limitación de los medios coercitivos y, muy particularmente, la experiencia acumulada en las visitas que esta institución viene llevando a cabo a lugares en los que se encuentran personas privadas de su libertad.

En estas visitas, el Defensor del Pueblo y el personal técnico a su cargo han tenido la oportunidad de entrevistar a numerosos profesionales del ámbito de la seguridad, juristas, personal facultativo, de enfermería, psicólogos y auxiliares, así como a internos en centros penitenciarios y pacientes sanitarios en situación de internamiento involuntario, que han transmitido su conocimiento, experiencia y percepciones. A todas estas personas hay que agradecer sus aportaciones, que han impulsado la actualización del informe y han servido para orientar su contenido.

Como novedad significativa de esta actualización se puede destacar el enfoque que aporta, centrado en la persona, con un carácter restrictivo, garantista y sujeto a revisión constante, más allá del mero cumplimiento formal de protocolos.

Otro avance es la ampliación de su ámbito a las contenciones mecánicas que se llevan a cabo en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en los centros sociosanitarios, en los que se produce la aplicación de estas medidas terapéuticas con

una intensidad variable, en función de las situaciones clínicas que se presentan, pero también de los hábitos asistenciales instaurados. En cualquier caso, las buenas prácticas para las contenciones sanitarias que se recogen en este informe son complementarias al ejercicio de la profesión médica de acuerdo con los protocolos y guías clínicas.

Aunque este trabajo tiene una vocación de permanencia, para lo que se han omitido cuestiones estrictamente operativas sobre la práctica de la contención, no por ello deja de tener un carácter de documento vivo, que podrá actualizarse en función de los avances técnico-científicos que se puedan producir, así como de la evolución normativa, jurisprudencial y de la doctrina de los órganos internacionales de supervisión de los derechos humanos.

Es de especial importancia resaltar que el documento resultante de esta actualización del informe de 2017 no tiene un carácter prescriptivo, pues corresponde a los profesionales tanto sanitarios como de la seguridad aplicar las técnicas y procedimientos correspondientes de acuerdo con su conocimiento especializado, configurándose la guía como un repositorio de buenas prácticas cuya aplicación será complemento, sin duda, del buen ejercicio profesional.

Para la redacción de esta edición actualizada se ha contado con el asesoramiento de José Sáez Rodríguez y María José Jaén Moreno, especialistas en medicina legal y psiquiatría, respectivamente, técnicos externos del Defensor del Pueblo, así como del personal técnico de la Unidad del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) y de las áreas de Seguridad y Justicia y de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo.

Este documento, tras su aprobación por la Junta de Coordinación y Régimen Interior del Defensor del Pueblo, ha sido también adoptado por el Consejo Asesor del MNP.

Ángel Gabilondo Pujol
Defensor del Pueblo

1 INTRODUCCIÓN

Las contenciones mecánicas constituyen una de las intervenciones más restrictivas de los derechos fundamentales que pueden adoptarse sobre una persona, al implicar una limitación directa de la libertad de movimientos, de la autonomía personal y, en determinados supuestos, de su integridad física y moral. Por este motivo, su utilización ha sido objeto de una atención creciente por parte de los organismos nacionales e internacionales de supervisión de derechos humanos, así como de las autoridades judiciales y fiscales, que han venido insistiendo en su carácter estrictamente excepcional, subsidiario y temporal.

Aun en los casos en los que se consideran necesarias, su utilización plantea dilemas éticos complejos, especialmente en la ponderación entre seguridad, autonomía y dignidad de la persona. Estos dilemas exigen un enfoque restrictivo, garantista y sujeto a una revisión constante, más allá del mero cumplimiento formal de protocolos.

El Defensor del Pueblo tanto por la actividad desarrollada por sus áreas de trabajo como por la desplegada en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (MNP), ha acumulado a lo largo de los años una amplia experiencia derivada de las visitas periódicas y sistemáticas realizadas a centros de privación de libertad. Estas visitas, que incluyen entrevistas con personas privadas de libertad, profesionales y responsables de los centros, así como el análisis de documentación y procedimientos, han permitido identificar buenas prácticas, disfunciones recurrentes y ámbitos de especial riesgo en relación con el uso de medios coercitivos.

Fruto de esa experiencia, en el año 2017 se publicó [Las contenciones mecánicas en centros de privación de libertad. Propuesta de una guía de buenas prácticas y recomendaciones](#), con el objetivo de establecer criterios homogéneos y garantizar que la aplicación de estas medidas se realizara con pleno respeto a los derechos fundamentales de las personas afectadas. Transcurridos nueve años desde su publicación, y a la luz de la evolución normativa, jurisprudencial y social producida desde entonces, se ha considerado necesario abordar una actualización y ampliación de dicho documento, con el fin de revisar sus contenidos, incorporar nuevos estándares y reforzar los criterios de actuación.

Las visitas realizadas ponen de manifiesto que, en el ámbito penitenciario, la utilización de las contenciones mecánicas se encuentra, en general, razonablemente protocolizada, con una —al menos teórica— diferenciación entre las contenciones de carácter regimental y las de naturaleza sanitaria, una mayor conciencia de los riesgos

asociados a su uso prolongado y una tendencia, aún desigual, hacia la incorporación de estrategias de desescalada y prevención. No obstante, incluso en este entorno, persisten prácticas mejorables y situaciones que requieren un control reforzado, especialmente cuando concurren trastornos mentales graves o situaciones de especial vulnerabilidad.

De forma particularmente relevante, la experiencia acumulada revela que los mayores déficits se concentran en los entornos hospitalarios psiquiátricos y sociosanitarios, donde su uso no siempre va acompañado de protocolos claros, infraestructuras adecuadas ni una delimitación precisa de responsabilidades. En estos contextos, el recurso a las contenciones puede verse condicionado por factores organizativos, carencias formativas o inercias asistenciales, incrementando el riesgo de usos inadecuados, prolongados o insuficientemente supervisados.

El presente trabajo nace, por tanto, con una doble finalidad. De un lado, reforzar las garantías jurídicas y asistenciales de las personas sometidas a contención mecánica en cualquier entorno, con independencia de la naturaleza del centro en el que se encuentren. De otro, promover un cambio de enfoque que sitúe a la persona en el centro de la intervención, priorizando la prevención, la desescalada y la búsqueda activa de alternativas no coercitivas, en coherencia con los estándares internacionales y con el marco normativo interno.

Esta actualización se alinea expresamente con la 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, centros residenciales y sociosanitarios, que insiste en la necesidad de una interpretación de estas medidas desde una perspectiva basada en la dignidad humana, la autonomía personal y el respeto a los derechos fundamentales.

Asimismo, se incorporan en este documento las recomendaciones del Comité de Bioética de España y los principios derivados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que obligan a revisar críticamente prácticas tradicionalmente aceptadas y a avanzar hacia modelos asistenciales menos restrictivos.

La ampliación del ámbito de aplicación de este trabajo a las unidades de psiquiatría de entornos hospitalarios y sociosanitarios responde a la constatación de que las contenciones mecánicas de naturaleza sanitaria no son un fenómeno exclusivo del sistema penitenciario. Se aplican también a personas atendidas en unidades de salud mental, las residentes en centros sociosanitarios o las personas con discapacidad que permanecen institucionalizadas, con independencia de la naturaleza voluntaria o involuntaria de su ingreso o estancia, y que exige, por la restricción de derechos, criterios homogéneos de protección, supervisión, transparencia y rendición de cuentas.

En este sentido, no se pretende sustituir ni invadir el ámbito propio de la *lex artis*

médica ni de la organización asistencial, sino ofrecer un marco común de referencia que permita identificar cuándo una contención resulta legítima, cómo debe aplicarse y qué garantías mínimas deben concurrir para evitar que derive en un trato inhumano o degradante. La correcta documentación, la supervisión continua, la proporcionalidad de la medida y su duración estrictamente limitada constituyen elementos esenciales de ese marco.

Este documento se concibe como una herramienta viva, orientada tanto a los responsables de los centros como a los profesionales sanitarios, asistenciales y de seguridad, así como a las autoridades encargadas de la supervisión administrativa, judicial y fiscal. Su finalidad última es contribuir a una cultura institucional que considere las contenciones mecánicas como último recurso, a adoptar como medida excepcional, cuando exista una justificación clínica individualizada y no sea posible proteger adecuadamente la salud, la integridad física o la seguridad de la propia persona o de terceros mediante intervenciones menos restrictivas de la libertad, la autonomía y los demás derechos de la persona afectada, desde el respeto a su dignidad y a los derechos de las personas más vulnerables.

Finalmente, debe señalarse que el texto del año 2017, referido exclusivamente a centros penitenciarios, incluía, junto a los criterios generales y orientaciones de carácter estratégico, unas determinadas indicaciones de detalle que respondían más propiamente a la lógica de un procedimiento operativo de aplicación de la contención.

En el presente trabajo, dichas indicaciones no se han recogido con el mismo nivel de detalle, si bien se consideran plenamente vigentes y pueden utilizarse como referencia operativa complementaria para la correcta aplicación de los criterios aquí establecidos.

Esta opción responde también al propósito de preservar el carácter general de la guía y favorecer su mayor estabilidad y permanencia en el tiempo, evitando que la incorporación de instrucciones excesivamente específicas pueda limitar su vigencia o requerir actualizaciones frecuentes.

2 MARCO CONCEPTUAL

La contención o sujeción mecánica constituye una intervención excepcional que implica la restricción de la libertad de movimientos de una persona mediante dispositivos, instrumentos o materiales aplicados sobre su cuerpo o adyacentes al mismo, de los que no puede liberarse por sí sola. Se trata, por tanto, de una medida que incide de forma directa en algunos de los principios que informan el ordenamiento jurídico, como la autonomía y la dignidad, y en los derechos fundamentales, particularmente en la libertad personal y la integridad física y moral.

No hay que olvidar que las contenciones mecánicas se asocian a riesgos físicos, psicológicos y relacionales, incluyendo lesiones, deterioro funcional, aumento del estrés y percepción de trato coercitivo, especialmente cuando se prolongan en el tiempo o se aplican sin una supervisión adecuada. Esta evidencia refuerza la necesidad de considerar estas medidas como último recurso y durante el tiempo estrictamente imprescindible.

Desde una perspectiva conceptual, las contenciones mecánicas no pueden entenderse como una técnica neutra o meramente instrumental, sino como una actuación de alto impacto ético, jurídico y asistencial, cuyo uso exige una justificación reforzada y una estricta vinculación a principios garantistas. La evolución de los estándares internacionales y nacionales muestra una clara tendencia hacia modelos de intervención que priorizan la prevención, la desescalada y las estrategias centradas en la persona, orientadas a minimizar el recurso a medidas coercitivas y a reducir progresivamente su utilización.

2.1 Modalidades de contención

A efectos conceptuales, resulta imprescindible distinguir dos grandes modalidades de contención mecánica, cuya confusión ha sido históricamente una de las principales fuentes de disfunciones y vulneraciones de derechos. La correcta delimitación entre ambas modalidades resulta esencial, ya que determina la autoridad competente para su adopción, el procedimiento aplicable, el tipo de supervisión exigible y el marco normativo de referencia. En ningún caso una contención de finalidad regimental puede ampararse en criterios sanitarios inexistentes, ni una contención sanitaria puede instrumentalizarse como mecanismo de control disciplinario.

a) Contención regimental o de seguridad

Es aquella que se adopta en el ámbito penitenciario como medida excepcional de seguridad, vinculada al mantenimiento del orden, la prevención de daños a terceros o a

la propia persona privada de libertad, y sujeta a las previsiones específicas de la normativa penitenciaria. Su finalidad no es terapéutica, sino preventiva o de control, lo que exige una especial cautela para evitar cualquier deriva punitiva o disciplinaria encubierta. Aun cuando la finalidad sea regimental, la intervención sanitaria adquiere un papel central como garantía de los derechos de la persona sometida a la medida.

b) Contención sanitaria o terapéutica

Es la que se indica por razones estrictamente clínicas, como respuesta a una situación de riesgo grave e inminente derivada del estado físico o psíquico de la persona, y siempre bajo prescripción médica individualizada. Esta modalidad puede aplicarse tanto en centros penitenciarios como en unidades de hospitalización psiquiátrica y en centros sociosanitarios, y se rige por los principios de la ética médica, en particular los de beneficencia, no maleficencia, proporcionalidad y respeto a la autonomía, con las modulaciones legalmente previstas para los supuestos de discapacidad o urgencia vital.

Las contenciones sanitarias también pueden aplicarse en otras unidades hospitalarias. No obstante, el presente informe centra su atención en aquellos entornos en los que estas medidas presentan una especial relevancia por su frecuencia de utilización, por la situación de vulnerabilidad de las personas afectadas y por la necesidad de reforzar las garantías, la homogeneidad de criterios y la protección de derechos en su aplicación.

Se trata de un acto clínico complejo, que exige valoración individualizada, indicación motivada, consentimiento informado directo —o al menos pronunciamiento claro de que no está en condiciones de otorgarlo— o por representación, según proceda y una supervisión continuada durante todo el tiempo que se mantenga la medida.

2.2 Impacto sobre derechos fundamentales y dignidad de la persona

Las contenciones mecánicas, incluso cuando están correctamente indicadas, conllevan riesgos físicos, psicológicos y relacionales que no pueden minimizarse desde un enfoque meramente operativo. Entre los efectos descritos de forma reiterada en la literatura especializada y en los informes de los organismos de supervisión cabe señalar las lesiones cutáneas, las complicaciones trombo-embólicas, el deterioro emocional, las vivencias de humillación o la pérdida de control.

Por este motivo, el marco conceptual de este documento se asienta en la idea de que la dignidad de la persona debe constituir el eje vertebrador de cualquier decisión relativa al uso de medios coercitivos.

La dignidad no se preserva únicamente evitando daños físicos, sino garantizando un trato respetuoso, individualizado, comprensible para la persona afectada, como titular de derechos, y orientado a la restitución progresiva de su autonomía.

2.3 De la cultura de la contención a la cultura de la prevención

La experiencia acumulada en las visitas a centros de privación de libertad, hospitales y recursos sociosanitarios evidencia que el uso de contenciones no responde exclusivamente a situaciones clínicas o de seguridad inevitable, sino también a factores organizativos, déficits formativos, carencias estructurales o inercias institucionales.

Por ello, el marco conceptual que inspira este texto no se limita a regular el «cómo» de la contención, sino que promueve un cambio de paradigma hacia modelos de atención y custodia que prioricen, como se ha indicado anteriormente, la prevención, la detección precoz de situaciones de riesgo, las técnicas de desescalada y la intervención interdisciplinar.

La contención mecánica debe concebirse como una medida excepcional, únicamente justificable cuando las intervenciones preventivas y las estrategias menos restrictivas no resulten suficientes para proteger la salud o la integridad física de la persona afectada o de terceros, y nunca como una herramienta ordinaria de gestión de la complejidad asistencial o conductual.

3 NORMAS DE REFERENCIA

El uso de contenciones mecánicas se sitúa en la confluencia entre la asistencia sanitaria, la seguridad institucional y la protección de los derechos fundamentales. Aunque el ordenamiento jurídico español carece de una norma única y sistemática que regule de forma exhaustiva estas medidas, su aplicación se encuentra claramente condicionada por un conjunto coherente de normas internacionales, europeas y nacionales que establecen límites materiales, procedimentales y éticos precisos.

Estas normas configuran un marco común basado en la dignidad de la persona, la excepcionalidad de la restricción, el principio de proporcionalidad, la necesidad de supervisión médica y el control externo de la medida.

3.1 Normativa internacional y europea

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo, 1997) establece como principio rector la primacía del ser humano sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia, imponiendo el respeto a la integridad física y psíquica y al consentimiento informado como eje de cualquier intervención médica. Este principio resulta directamente aplicable a las contenciones de carácter sanitario, incluso en contextos de privación de libertad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por España, refuerza el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos. El Comité de la Convención ha señalado que el uso de medidas coercitivas puede resultar incompatible con la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes cuando no se ajusta a criterios estrictos de necesidad y proporcionalidad.

La Recomendación Rec(2004)10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, dispone que las medidas de contención solo pueden utilizarse como último recurso, en entornos adecuados, bajo supervisión médica y durante el tiempo estrictamente necesario, introduciendo de forma expresa el principio de mínima restricción. La recomendación fue adoptada el 22 de septiembre de 2004.

En coherencia con el mismo marco normativo europeo, las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptadas el 11 de enero de 2006 por el Comité de Ministros del Consejo de Europa mediante la Recomendación Rec(2006)2, prohíben expresamente el uso de cadenas y grilletes y restringen la utilización de otros instrumentos de inmovilización a

supuestos estrictamente excepcionales. Asimismo, establecen que su empleo debe estar debidamente motivado, someterse a control médico y cesar de forma inmediata una vez desaparecida la situación de riesgo que lo justificó.

Las Reglas de Bangkok (ONU, 2011) y las Reglas Nelson Mandela (ONU, 2015) fijan estándares internacionales mínimos en materia de medios coercitivos en el ámbito penitenciario, prohibiendo su utilización con fines disciplinarios, imponiendo la excepcionalidad, la mínima duración y la obligación de supervisión médica, con especial atención a los colectivos vulnerables.

La Resolución 2291 (2019) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa insta a los Estados a reducir de forma drástica el recurso a las medidas coercitivas en salud mental, promoviendo un enfoque basado en derechos humanos y en alternativas no restrictivas.

En el ámbito de las Naciones Unidas, el *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, presentado ante el Consejo de Derechos Humanos el 5 de enero de 2016, subraya la necesidad de restringir de forma estricta el uso de medidas de sujeción mecánica, advirtiendo de los riesgos que estas prácticas comportan para la integridad física y la dignidad de las personas privadas de libertad o sometidas a custodia institucional. El informe insiste en que estas medidas solo pueden utilizarse de manera excepcional, durante el tiempo estrictamente imprescindible y bajo supervisión adecuada, debiendo priorizarse estrategias de prevención, desescalada y gestión no coercitiva de los conflictos.

En el ámbito europeo, los informes y estándares elaborados por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), órgano del Consejo de Europa encargado de supervisar las condiciones de privación de libertad en los Estados miembros, han reiterado de forma constante que las medidas de contención física o mecánica deben considerarse intervenciones de carácter excepcional, sometidas a criterios estrictos de necesidad, proporcionalidad y duración limitada. El CPT ha destacado igualmente la importancia de su supervisión médica, su adecuada documentación y la existencia de protocolos claros que orienten su aplicación y favorezcan la progresiva reducción del recurso a este tipo de medidas.

3.2 Normativa española

En el ámbito interno, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, constituye la norma sanitaria de referencia. La contención mecánica, en cuanto intervención médica, exige consentimiento informado, salvo en situaciones de riesgo grave e inmediato para la vida o la integridad del paciente o de terceros, debiendo quedar siempre documentada y justificada.

La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, refuerza el modelo de respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona, lo que obliga a extremar las garantías en cualquier medida restrictiva, descartando enfoques paternalistas.

Asimismo, debe destacarse la existencia de una amplia y cada vez más desarrollada normativa autonómica tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales que regula expresamente el uso de las contenciones mecánicas. Estas disposiciones autonómicas incorporan, con distinto grado de detalle, principios comunes como la excepcionalidad de la medida, la necesidad de prescripción y supervisión facultativa, la proporcionalidad, la temporalidad limitada, la obligación de documentación y registro, el consentimiento informado y la supervisión administrativa o judicial. Del mismo modo, avanzan hacia modelos orientados a la reducción o eliminación progresiva de las sujeciones, promoviendo estrategias preventivas y alternativas menos restrictivas, especialmente en relación con personas mayores, personas con discapacidad y pacientes con trastorno mental.

Finalmente, resulta de especial relevancia la citada Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, que constituye el marco interpretativo más completo sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en unidades psiquiátricas, centros sociosanitarios y residenciales. Esta instrucción establece principios transversales plenamente extrapolables a otros contextos: excepcionalidad, prescripción facultativa individualizada, prohibición de uso por conveniencia o disciplina, obligación de documentación exhaustiva y posibilidad de control judicial o fiscal.

3.3 Recomendaciones y doctrina ética

Las recomendaciones del Comité de Bioética de España (2016) subrayan que las contenciones no son actos neutros, sino intervenciones potencialmente lesivas que solo pueden justificarse desde el mayor beneficio para la persona, tras agotar alternativas menos restrictivas y con una clara orientación hacia modelos de reducción progresiva y eliminación de sujeciones.

La guía de buenas prácticas y las recomendaciones del Defensor del Pueblo consolidan estos principios en el ámbito de la privación de libertad, recordando que el uso indebido de contenciones puede constituir trato inhumano o degradante y generar responsabilidades administrativas, disciplinarias o penales.

El Observatorio de Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión (ODSP), en su Informe de 2024 (elaborado por el ODSP junto a la Clínica Jurídica de la Universitat de València), advierte que el uso de contenciones mecánicas en contextos de privación de libertad constituye una práctica de alto riesgo para los derechos humanos, al afectar de

manera directa a la dignidad, la integridad física y moral y la prohibición de tratos inhumanos o degradantes. El informe alerta sobre el peligro de su normalización como herramienta ordinaria de gestión institucional, especialmente en situaciones de escasez de recursos o déficit organizativos, y subraya que su impacto resulta particularmente grave en personas con trastorno mental, discapacidad o especial vulnerabilidad.

En consecuencia, el observatorio insiste en la necesidad de reforzar su carácter estrictamente excepcional, promover alternativas basadas en la prevención y la desescalada, garantizar una documentación exhaustiva y asegurar mecanismos efectivos de supervisión y control externo.

La literatura científica y ética reciente coincide en señalar que el uso de contenciones mecánicas constituye una de las intervenciones más controvertidas desde el punto de vista clínico, ético y de derechos humanos, al implicar una restricción intensa de la autonomía y de la dignidad personal. Diversos estudios y revisiones publicadas en los últimos años ponen de relieve que, más allá de los riesgos físicos conocidos, estas medidas pueden generar efectos psicológicos adversos, deterioro de la relación terapéutica y percepción de trato coercitivo, especialmente cuando se prolongan en el tiempo o se aplican sin una supervisión adecuada.

Asimismo, la evidencia disponible subraya que la frecuencia de su utilización no depende exclusivamente de factores clínicos, sino también de elementos organizativos, culturales y formativos, lo que refuerza la necesidad de priorizar estrategias de prevención, desescalada, formación específica del personal y políticas institucionales orientadas a la reducción progresiva de las medidas coercitivas, en coherencia con los principios de la bioética y de la atención centrada en la persona.

En este contexto normativo y doctrinal queda clara la necesidad de desarrollar políticas activas de reducción del uso de medidas coercitivas, promoviendo alternativas basadas en la prevención, la desescalada y la atención centrada en la persona, como elemento esencial para el respeto efectivo de los derechos humanos.

4 CRITERIOS GENERALES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO PARA EL USO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

El Defensor del Pueblo considera que el uso de cualquier contención mecánica debe someterse a criterios claros, homogéneos y verificables, orientados a garantizar un control efectivo de su aplicación y a prevenir desviaciones en la práctica.

Estos criterios constituyen el marco mínimo que debe regir cualquier utilización de esta medida, con independencia del contexto institucional, y permiten evaluar su adecuación a los estándares de legalidad, necesidad y rendición de cuentas exigibles.

En coherencia con este planteamiento, el Defensor del Pueblo articula los criterios generales que a su juicio deben regir la aplicación de la contención mecánica.

4.1 Carácter excepcional y de último recurso

La contención mecánica solo puede emplearse cuando concurren circunstancias excepcionales, caracterizadas por la existencia de un riesgo grave e inminente para la persona concernida o para terceros, y siempre que no resulte posible afrontar adecuadamente la situación mediante otras medidas menos restrictivas. No puede convertirse en una respuesta automática ni preventiva.

4.2 Derecho a la información

Siempre que las circunstancias clínicas o de seguridad lo permitan, la persona afectada debe ser informada de forma previa, clara, comprensible y respetuosa acerca del motivo que justifica la contención, de su carácter excepcional y temporal, de las condiciones básicas en que va a desarrollarse y de que la medida será objeto de supervisión continuada y retirada tan pronto como desaparezca la situación de riesgo que la motivó.

Esta información debe proporcionarse de manera adaptada a la situación emocional, cognitiva y comunicativa de la persona, evitando expresiones intimidatorias, despersonalizadas o innecesariamente coercitivas, y orientándose, en la medida de lo posible, a reducir la ansiedad, favorecer la colaboración y preservar la dignidad durante todo el procedimiento.

Cuando la persona afectada no se encuentre en condiciones de comprender adecuadamente esta información, debe procurarse que sea trasladada, tan pronto como resulte posible, a sus familiares, representante legal o persona de referencia designada, de acuerdo con las circunstancias del caso y con la normativa aplicable.

4.3 Exclusión absoluta de fines punitivos, disciplinarios o de conveniencia

El uso de contenciones con finalidad sancionadora, disciplinaria, intimidatoria o por razones organizativas, de comodidad o de falta de recursos es incompatible con los estándares de derechos humanos y puede constituir trato inhumano o degradante.

4.4 Principio de proporcionalidad y mínima restricción

La intensidad, modalidad y extensión de la contención deben ser proporcionales al riesgo existente, optando siempre por la medida menos restrictiva posible y evitando la aplicación sistemática del máximo grado de sujeción.

4.5 Temporalidad y duración mínima imprescindible

Las contenciones deben mantenerse exclusivamente durante el tiempo estrictamente necesario para neutralizar el riesgo que motivó su adopción. Las inmovilizaciones prolongadas solo pueden justificarse de forma excepcional y con motivación reforzada.

4.6 Supervisión continua y control efectivo

Durante todo el tiempo que dure la contención mecánica debe garantizarse una supervisión continua y efectiva de la persona afectada, orientada a comprobar su estado general, prevenir complicaciones y asegurar que la medida no se prolonga más allá de lo estrictamente necesario.

Esta supervisión debe realizarse de forma presencial, mediante controles directos y periódicos por el personal responsable, y complementarse con sistemas de video-vigilancia y videograbación con registro de imagen y sonido, que permitan el seguimiento permanente de la medida durante todo el tiempo de su aplicación. Las grabaciones deben conservarse durante el plazo legalmente establecido o protocolariamente previsto, con garantías de confidencialidad, custodia segura y acceso restringido al personal autorizado.

4.7 Valoración médica y especial cautela en personas vulnerables

Debe existir valoración médica previa o inmediata y revisiones periódicas. En personas con trastorno mental grave, discapacidad intelectual u otras situaciones de especial vulnerabilidad, la cautela debe ser extrema.

4.8 Registro documental completo

Toda contención debe documentarse de manera exhaustiva, incluyendo motivo, autoridad que la ordena o prescribe y profesional o profesionales que la supervisan, duración, revisiones e incidencias.

4.9 Comunicación inmediata a la autoridad competente

Cuando así procede, el inicio y el cese de la contención deben comunicarse de forma inmediata a la autoridad administrativa, judicial o fiscal competente, evitando comunicaciones diferidas.

4.10 Formación específica y cultura de prevención

Los centros deben disponer de protocolos claros y formación específica del personal en prevención, desescalada y alternativas no coercitivas, fomentando una cultura institucional centrada en la persona. El personal encargado de intervenir en estas situaciones debe recibir formación específica en técnicas de manejo no coercitivo de crisis, desescalada y aplicación segura de sistemas de sujeción.

4.11 Protocolos de actuación

Todos aquellos centros en los que pueda resultar necesaria la aplicación de medidas de contención mecánica deben disponer de un protocolo de actuación específico, actualizado y accesible para el conjunto de los profesionales.

Dicho protocolo debe definir de manera clara y detallada los supuestos de indicación de la contención, los procedimientos de aplicación, las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales intervinientes, los sistemas de supervisión y seguimiento, así como los mecanismos de registro y revisión de la medida.

Igualmente el protocolo de actuación debe hacer referencia al número de puntos de contención a aplicar en función de la situación en la que se encuentre la persona, la posición de la persona contenida y las previsiones para evitar comprometer la función respiratoria, la circulación o la integridad musculo-esquelética, la posición del cabecero de la cama para reducir el riesgo de aspiración y favorecer una ventilación más eficaz, la posición de la cabeza y el cuello, y la colocación de las extremidades, para minimizar el riesgo de lesiones por presión, compromiso vascular o neuropatías por compresión.

La existencia de este protocolo tiene una doble finalidad: por un lado, facilitar a los profesionales una guía operativa que garantice una actuación homogénea, segura y respetuosa con los derechos de las personas; y, por otro, permitir la adecuada evaluación externa del funcionamiento del centro, posibilitando la verificación objetiva del cumplimiento de los estándares exigibles en esta materia.

4.12 Revisión institucional periódica de las contenciones

Los centros deben establecer mecanismos de supervisión y revisión institucional periódica del uso de contenciones mecánicas, con el fin de analizar su frecuencia, duración, circunstancias de aplicación y posibles incidencias asociadas. Esta revisión constituye una herramienta esencial para garantizar la transparencia, prevenir usos

inadecuados de la medida y promover la mejora continua de las prácticas asistenciales y de seguridad.

A tal efecto, debe garantizarse el registro sistemático de todos los episodios de contención, permitiendo la realización de análisis periódicos que faciliten la detección de posibles desviaciones respecto de los principios de excepcionalidad, necesidad y proporcionalidad, así como la adopción de medidas organizativas o formativas orientadas a reducir su utilización y favorecer la implantación de alternativas.

5 FORMA DE ACTUACIÓN COMÚN EN LA APLICACIÓN DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS

Además de los criterios generales anteriores, la aplicación de la contención mecánica debe ajustarse a una serie de pautas operativas comunes orientadas a garantizar la seguridad de la persona afectada, la proporcionalidad de la intervención y la adecuada supervisión del procedimiento.

5.1 Forma de aplicación

El Defensor del Pueblo subraya que la forma concreta en que se aplica la contención constituye un elemento esencial de garantía, ya que de ella dependen en gran medida la proporcionalidad de la medida, la seguridad de la persona contenida y la prevención de posibles complicaciones médicas.

5.1.1 Número de puntos de contención

En relación con el número de puntos de contención, debe aplicarse siempre el nivel mínimo de restricción imprescindible para controlar la situación que motiva la medida, que debe quedar debidamente acreditado y documentado. No se contemplan modalidades de sujeción que superen el límite de cinco puntos.

5.1.2 Posición de la persona contenida

Durante la aplicación de cualquier medida de contención debe prestarse especial atención al bienestar, la seguridad y la dignidad de la persona afectada. La posición adoptada tiene que ser compatible con la adecuada vigilancia de su estado físico y clínico, minimizando en todo momento los riesgos para su salud y evitando posturas que puedan generar sufrimiento innecesario, molestias evitables o un incremento del riesgo de complicaciones.

Asimismo, deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar unas condiciones adecuadas de observación y atención asistencial durante todo el tiempo que la persona permanezca sometida a la medida.

5.1.3 Prevención de riesgos respiratorios

Debe evitarse la posición en decúbito prono, salvo que exista una indicación médica expresa y debidamente justificada. En todo caso, debe verificarse que la disposición de los sistemas de sujeción no compromete la ventilación ni dificulta la función respiratoria, debiendo adoptarse de forma inmediata las medidas necesarias si se detecta cualquier signo de compromiso respiratorio.

5.1.4 Equipo humano durante la contención

La aplicación de una contención mecánica debe realizarse por un equipo de profesionales suficiente y adecuadamente formado, actuando de manera coordinada y bajo la dirección de un responsable claramente identificado. La intervención debe planificarse de forma previa siempre que sea posible, asignando funciones específicas a cada integrante del equipo con el fin de garantizar una actuación segura, ordenada y respetuosa con la persona afectada.

Durante la aplicación de la medida debe prestarse especial atención a la prevención de lesiones, evitando maniobras bruscas o innecesarias y procurando que la inmovilización se realice en el menor tiempo posible. Asimismo, el equipo debe mantener una vigilancia continua del estado físico y emocional de la persona contenida, comunicando de inmediato cualquier incidencia relevante y facilitando, en todo momento, la intervención del personal sanitario cuando resulte necesaria.

5.1.5 Condiciones materiales del entorno

Las contenciones mecánicas deben realizarse en un entorno físico adecuado que garantice la seguridad, la dignidad y la adecuada supervisión de la persona afectada. El espacio en el que se lleve a cabo la medida debe reunir condiciones suficientes de accesibilidad, iluminación, ventilación y control visual, permitiendo en todo momento la vigilancia efectiva del estado de la persona contenida. Tiene que ser un espacio que haya sido específicamente habilitado y preparado para ello y distinto al lugar habitual de estancia, alojamiento o convivencia de la persona afectada.

Asimismo, debe utilizarse dispositivos y sistemas de sujeción específicamente diseñados para esta finalidad, correctamente instalados y en buen estado de mantenimiento, evitando el empleo de elementos improvisados o no homologados. El entorno debe encontrarse libre de objetos o elementos potencialmente peligrosos que puedan generar riesgos adicionales de lesión para la persona afectada o para los profesionales intervinientes.

En todo caso, la disposición del espacio y de los medios materiales debe facilitar la actuación del personal encargado de la supervisión y permitir el acceso rápido a la persona contenida en caso de que resulte necesaria una intervención inmediata.

5.1.6 Personas especialmente vulnerables

La utilización de contenciones mecánicas en personas pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables debe someterse a criterios de particular cautela y a una valoración individualizada especialmente rigurosa. En estos casos, la indicación de la medida debe ponderar de forma más estricta los principios de excepcionalidad,

necesidad y proporcionalidad, teniendo en cuenta los riesgos específicos que la contención puede comportar para la salud física y psicológica de la persona afectada.

Entre estos colectivos se incluyen, entre otros, las personas menores de edad, las mujeres embarazadas o en período inmediato de posparto, las personas de edad avanzada, las personas con discapacidad física, psíquica o intelectual, así como aquellas que presenten trastornos mentales graves, deterioro cognitivo significativo, situaciones de especial fragilidad médica o riesgo suicida. En estos supuestos, la contención mecánica solo debe emplearse cuando resulte estrictamente imprescindible para evitar un daño inmediato y no existan alternativas menos restrictivas o eficaces.

Cuando la contención resulte inevitable, deben adoptarse medidas reforzadas de vigilancia, supervisión clínica y control de posibles complicaciones, prestando especial atención a los riesgos respiratorios, circulatorios o derivados de la situación clínica de la persona. Asimismo, debe procurarse que la duración de la medida sea la mínima imprescindible y que se revise de forma particularmente frecuente la persistencia de las circunstancias que motivaron su adopción.

En todo caso, la intervención debe orientarse prioritariamente a la protección de la salud, la integridad y la dignidad de la persona, procurando, siempre que sea posible, la utilización de estrategias alternativas de contención verbal, ambiental o terapéutica antes de recurrir a la inmovilización mecánica.

5.2 Documentación

La aplicación de cualquier medida de contención mecánica debe quedar reflejada de forma completa, precisa y cronológica en la documentación clínica o asistencial correspondiente y en un registro específico que se habilite al efecto, en caso de que existan dificultades para la extracción de dicha información de la historia clínica.

El registro documental constituye un elemento esencial de garantía, ya que permite asegurar la trazabilidad de la medida, facilitar su supervisión posterior y verificar su adecuación a los principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad y control exigibles en este tipo de intervenciones.

La documentación debe realizarse de manera inmediata o en el menor plazo posible tras la adopción de la medida y mantenerse actualizada durante todo el tiempo que se prolongue la contención.

Con carácter general, el registro debe recoger, al menos, los siguientes extremos:

- Identificación de la persona afectada.
- Fecha y hora de inicio de la contención mecánica.

- Descripción concreta de la situación de riesgo que justifica la adopción de la medida.
- Medidas preventivas o de desescalada intentadas previamente, así como la justificación de que no existían alternativas menos restrictivas adecuadas para afrontar la situación planteada.
- Autoridad o profesional que ordena o prescribe la contención.
- Modalidad o modalidades de contención aplicada y número de puntos de sujeción utilizados.
- Posición de la persona contenida y condiciones de seguridad adoptadas para preservar su salud, seguridad, dignidad y derechos durante la ejecución.
- Valoración médica inicial y revisiones clínicas realizadas durante la contención.
- Registro periódico de las observaciones efectuadas durante la supervisión, incluyendo el estado físico y psicológico de la persona contenida y las incidencias relevantes.
- Modificaciones realizadas en el nivel de restricción o en las condiciones de la contención.
- Fecha y hora de finalización o retirada de la medida.
- Valoración clínica posterior a la retirada de la contención.
- Constancia de la comunicación realizada a la autoridad administrativa, judicial o fiscal competente que proceda.

La documentación debe permitir reconstruir de forma completa el desarrollo del episodio de contención, garantizando la transparencia de la actuación profesional y facilitando su revisión posterior desde el punto de vista clínico, organizativo o de supervisión externa.

Los centros deben disponer de modelos normalizados de registro de episodios de contención mecánica que permitan documentar de forma sistemática todos los extremos anteriormente indicados.

5.3 Finalización o retirada de la contención mecánica

La contención mecánica debe mantenerse únicamente durante el tiempo estrictamente necesario para controlar la situación de riesgo que motivó su aplicación. En consecuencia, la retirada de la medida debe realizarse tan pronto como desaparezcan las circunstancias que la justificaron, evitando cualquier prolongación innecesaria de la restricción.

La decisión de finalizar la contención se basa en la valoración clínica y situacional de la persona contenida, atendiendo a la evolución de su estado, al grado de control de la conducta que originó la intervención y a la ausencia de riesgos inmediatos para sí misma o para terceros.

La retirada de la contención debe realizarse de forma progresiva y bajo supervisión del personal responsable, adoptando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la persona afectada y del entorno. Cuando resulte posible, puede procederse a una reducción gradual del nivel de restricción antes de la retirada completa de la sujeción.

Durante el proceso de retirada conviene prestarse especial atención al estado físico y psicológico de la persona contenida, verificando la ausencia de lesiones, signos de compromiso respiratorio, alteraciones circulatorias u otras posibles complicaciones derivadas de la inmovilización. Tras la retirada de la contención, se realiza una valoración clínica del estado general de la persona, con el fin de detectar posibles efectos adversos derivados de la medida.

La finalización de la contención debe quedar debidamente reflejada en la documentación asistencial o específica correspondiente, haciendo constar, al menos, la hora de retirada de la medida, las circunstancias clínicas o situacionales que la motivaron y las observaciones relevantes relativas al estado de la persona tras su finalización.

5.4 Evaluación posterior del episodio de contención

Una vez finalizada la contención mecánica, debe realizarse una evaluación posterior del episodio con el objetivo de analizar las circunstancias que motivaron la medida, valorar su adecuación y prevenir situaciones similares en el futuro.

Esta revisión debe llevarse a cabo en un plazo razonable una vez superada la situación de crisis y comprenderá, al menos, los siguientes aspectos:

- El análisis de los factores que desencadenaron el episodio.
- La valoración de las medidas de prevención o desescalada utilizadas previamente.
- El examen de la proporcionalidad, modalidad y duración de la contención aplicada.
- La identificación de posibles factores organizativos o ambientales que hayan podido influir en el desarrollo del incidente.

Siempre que sea posible, conviene ofrecer a la persona afectada la posibilidad de participar en esta revisión, permitiéndole expresar su experiencia y contribuir a la identificación de estrategias preventivas individualizadas.

Las conclusiones de este proceso deben reflejarse en la documentación asistencial o específica correspondiente y, cuando proceda, incorporarse a los planes de intervención o tratamiento con el fin de reducir el riesgo de recurrencia.

6 CONTENCIONES EN EL ENTORNO PENITENCIARIO

En el ámbito penitenciario pueden identificarse dos modalidades de contención mecánica conceptualmente diferenciadas: la contención regimental o de seguridad y la contención de carácter sanitario.

El Defensor del Pueblo, particularmente en las visitas que lleva a cabo en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), insiste de forma reiterada en la necesidad de delimitar con claridad ambas figuras, evitando solapamientos indebidos, confusiones competenciales o la utilización de una modalidad para fines propios de la otra.

Esta diferenciación no es meramente terminológica, sino que posee una clara relevancia jurídica y operativa. De ella dependen la finalidad de la medida, la autoridad competente para acordarla o prescribirla, el procedimiento aplicable, los sistemas de supervisión y control y, en último término, el nivel de garantías en la protección de los derechos fundamentales de la persona privada de libertad.

La contención de carácter regimental responde a finalidades de seguridad y es acordada por la autoridad penitenciaria competente, mientras que la contención sanitaria responde a indicaciones clínicas y requiere valoración y supervisión por personal sanitario.

No obstante, la existencia de dos modalidades de contención no puede traducirse en diferencias sustanciales en las condiciones materiales, ambientales ni de equipamiento de los espacios donde se aplique la medida. Los estándares de seguridad, dignidad, integridad física y prevención del daño deben ser lo más homogéneos posible, con la única excepción de que las contenciones de origen sanitario deben realizarse en instalaciones sanitarias o en espacios con características funcionales y asistenciales equivalentes.

6.1 Modalidades de contención en el ámbito penitenciario

6.1.1 Contención regimental

La contención regimental constituye una medida excepcional de carácter coercitivo cuya finalidad exclusiva es neutralizar un riesgo grave e inminente para la integridad física de la persona privada de libertad, de terceros o del propio establecimiento penitenciario, cuando han fracasado o resultan claramente insuficientes otras medidas menos restrictivas.

Esta modalidad de contención no tiene un carácter terapéutico ni constituye una herramienta de tratamiento. En ningún caso puede utilizarse con fines disciplinarios, punitivos, intimidatorios, preventivos generales, de control del comportamiento ni por razones organizativas, de comodidad del personal o de insuficiencia de medios.

El uso indebido de la contención regimental, su aplicación automática o preventiva o su prolongación injustificada pueden constituir trato inhumano o degradante, al implicar una restricción intensa de derechos fundamentales que únicamente puede justificarse ante situaciones de riesgo cierto y actual.

En consecuencia, la contención regimental debe concebirse siempre como un recurso de último término, precedido, siempre que las circunstancias lo permitan, de la aplicación efectiva de medidas preventivas y de desescalada orientadas a reconducir la situación de conflicto sin recurrir a la inmovilización mecánica.

Entre dichas medidas deben incluirse, al menos, la intervención verbal calmada y continuada dirigida a reducir la ansiedad y la agitación; la adaptación del entorno inmediato para disminuir estímulos estresantes; la separación temporal de situaciones de conflicto sin inmovilización mecánica; la intervención precoz del personal sanitario cuando existan signos de descompensación psicopatológica, y el refuerzo de la presencia de personal entrenado en el manejo no coercitivo de situaciones de crisis.

La ausencia de intentos razonables de prevención o desescalada debe quedar adecuadamente documentada y constituye un indicador negativo de calidad organizativa en la gestión de estas situaciones.

La adopción de una contención regimental debe basarse en una valoración individualizada, concreta y documentada del riesgo existente, y ser acordada por la autoridad competente conforme a la normativa penitenciaria vigente.

El procedimiento debe garantizar, al menos, las siguientes exigencias:

- Motivación expresa de la necesidad de la medida.
- Información a la persona afectada, siempre que las circunstancias lo permitan.
- Aplicación proporcional, utilizando el menor grado de restricción necesario.
- Registro inmediato del inicio de la contención, con indicación de motivo, autoridad que la acuerda y modalidad aplicada.
- Supervisión permanente durante toda la duración de la medida.
- Revisión periódica y documentada de la necesidad de mantenerla.

La contención debe retirarse tan pronto como desaparezcan las circunstancias que la motivaron, sin demoras injustificadas.

Además de los principios anteriores, la aplicación de la contención regimental debe ajustarse a determinadas garantías operativas destinadas a minimizar los riesgos inherentes a este tipo de medidas.

La ejecución material de la contención debe realizarse por personal adecuadamente formado y en número suficiente para garantizar la seguridad de la intervención. Siempre que las circunstancias lo permitan, la actuación se desarrolla bajo la coordinación de un responsable que dirige la intervención, evitando actuaciones improvisadas o desorganizadas que puedan incrementar el riesgo de lesiones tanto para la persona contenida como para el personal interviniente.

Con carácter previo a la aplicación de la contención debe intentarse, siempre que resulte posible, la resolución de la situación mediante técnicas de comunicación, mediación o desescalada. Solo cuando dichas medidas resulten insuficientes para controlar el riesgo existente puede procederse a la inmovilización mecánica.

Durante la ejecución de la contención deben emplearse preferentemente dispositivos de sujeción diseñados específicamente para este fin, evitando el uso prolongado de medios coercitivos metálicos. Las esposas metálicas únicamente pueden utilizarse de forma transitoria y por el tiempo estrictamente necesario hasta la colocación de los sistemas de sujeción adecuados.

Una vez aplicada la contención, la persona debe permanecer bajo vigilancia permanente del personal del centro. Además de esta supervisión continua, deben realizarse controles presenciales periódicos para comprobar el estado de la persona contenida, las condiciones de la contención y la persistencia de las circunstancias que motivaron la adopción de la medida.

La necesidad de mantener la contención debe revisarse periódicamente por los responsables del centro, procediéndose a su retirada inmediata en cuanto desaparezcan las circunstancias que justificaron su aplicación.

Durante todo el tiempo que se prolongue la medida deben garantizarse las necesidades básicas de la persona contenida, incluyendo la posibilidad de ingerir alimentos y líquidos, atender a sus necesidades fisiológicas y mantener unas condiciones adecuadas de higiene y bienestar.

El Defensor del Pueblo insiste en que la finalidad regimental de la medida no justifica, en ningún caso, condiciones materiales degradadas ni inferiores a las exigibles desde una perspectiva asistencial y de derechos humanos.

6.1.2 Contención sanitaria

La contención sanitaria es una medida de carácter excepcional con finalidad exclusivamente terapéutica, que se adopta por indicación médica cuando resulta imprescindible para proteger la salud física o psíquica de la persona o de terceros.

Esta modalidad debe regirse por los mismos estándares clínicos, éticos y asistenciales que en el ámbito sanitario extrapenitenciario, sin que la privación de libertad justifique una reducción de garantías.

Las contenciones de origen sanitario deben realizarse, como regla general, en instalaciones sanitarias del centro penitenciario o en espacios específicamente acondicionados con criterios asistenciales equivalentes.

El Defensor del Pueblo considera que la realización de contenciones sanitarias en celdas ordinarias o en espacios no asistenciales constituye una mala práctica, salvo en situaciones absolutamente excepcionales, que deben quedar debidamente motivadas y documentadas.

La aplicación de una contención sanitaria exige siempre una valoración clínica previa o, cuando las circunstancias no lo permitan, una valoración inmediata por parte de un facultativo. La medida debe estar sustentada en una prescripción médica expresa, individualizada y debidamente motivada, quedando reflejada de forma detallada en la historia clínica del paciente. Esta documentación constituye un elemento esencial tanto desde el punto de vista asistencial como desde la perspectiva de la garantía de derechos.

Durante todo el tiempo en que se mantenga la contención debe asegurarse un adecuado control médico. Ello implica la realización de revisiones clínicas periódicas, que deben quedar documentadas, así como una valoración continuada de la indicación, proporcionalidad y necesidad de mantener la medida.

Del mismo modo, el facultativo debe vigilar de forma específica la posible aparición de riesgos médicos asociados a la inmovilización, en particular aquellos de naturaleza respiratoria, circulatoria o neurológica.

Junto a la supervisión médica, la intervención del personal de enfermería resulta igualmente imprescindible. A este corresponde la vigilancia continuada del estado físico y psíquico de la persona contenida, incluyendo el control periódico de las constantes vitales y la observación de cualquier signo de sufrimiento, dolor, angustia o deterioro clínico. Asimismo, debe prestarse especial atención a la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilización prolongada, tales como lesiones por presión, trombosis, aspiración o deshidratación.

El personal de enfermería tiene que garantizar, además, la adecuada atención a las necesidades básicas de la persona sometida a contención, incluyendo la hidratación, la higiene personal y el mantenimiento de un adecuado confort térmico.

En todo caso, la contención deber mantenerse únicamente durante el tiempo estrictamente necesario para controlar la situación que motivó su indicación. Tan pronto como la evolución clínica lo permita, deben iniciarse estrategias de descontención progresiva orientadas a restablecer gradualmente la movilidad de la persona y a reducir al mínimo la duración de la medida.

6.2 Espacios y condiciones de equipamiento (criterios comunes)

Las contenciones mecánicas en el entorno penitenciario, con independencia de su origen regimental o sanitario, deben realizarse exclusivamente en espacios específicamente habilitados, descartándose de forma expresa lugares improvisados o no destinados a tal fin.

El Defensor del Pueblo considera exigible que dichos espacios reúnan, como mínimo, las siguientes condiciones:

- Iluminación suficiente y regulable, que permita una correcta observación de la persona.
- Ventilación adecuada y control de la temperatura ambiental.
- Condiciones correctas de limpieza e higiene.
- Suelo antideslizante y libre de obstáculos u otros elementos que puedan provocar caídas o lesiones durante la intervención o durante el tiempo en que la persona permanezca contenida.
- Ausencia de elementos estructurales u objetos que puedan provocar lesiones.
- Disponibilidad de una cama fija, estable y segura, preferentemente articulada y anclada al suelo.
- Prohibición de inmovilizaciones sobre el suelo, bancos u otros elementos impropios.
- Supervisión continua tanto presencial como mediante sistemas de videovigilancia que permitan la observación permanente de la persona contenida y la grabación efectiva de la intervención. Dichos sistemas deberán registrar imagen y sonido, garantizando la adecuada conservación de las grabaciones durante un período suficiente (al menos 6 meses) que permita su revisión por las autoridades judiciales, sanitarias o de supervisión institucional competentes.

- Disponibilidad de sistemas de comunicación o aviso que permitan a la persona contenida solicitar asistencia del personal cuando resulte necesario.
- Accesibilidad inmediata para el personal de vigilancia y para el personal sanitario.
- Utilización de sistemas de sujeción adecuados, homologados, no lesivos y conformes a estándares sanitarios.

6.3 Supervisión sanitaria y cuidados durante la contención (criterios comunes)

Cuando se aplica una contención mecánica en el ámbito penitenciario, la intervención de los servicios sanitarios del centro constituye una garantía esencial para la protección de la integridad física y psíquica de la persona afectada.

Siempre que las circunstancias lo permitan, el facultativo debe valorar previamente la situación clínica del interno con el fin de descartar la existencia de contraindicaciones médicas para la aplicación de la contención. En aquellos supuestos en los que la urgencia de la situación impida esta valoración previa, la evaluación médica debe realizarse con la mayor inmediatez posible tras la aplicación de la medida.

Durante dicha valoración deben tenerse en cuenta, entre otros aspectos, la existencia de enfermedades médicas relevantes, los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias, los posibles estados confusionales, el riesgo de autolesión o de suicidio, así como cualquier circunstancia que pueda incrementar el riesgo de complicaciones durante la inmovilización.

Las medidas de contención deben aplicarse con especial cautela cuando afecten a personas que presenten situaciones de particular vulnerabilidad. En este sentido, debe prestarse especial atención a internos con trastornos mentales graves, discapacidad intelectual, deterioro cognitivo, intoxicación por sustancias, estados confusionales o cualquier otra condición que pueda incrementar el riesgo de descompensación clínica o de complicaciones durante la inmovilización. En estos supuestos, la indicación de la contención debe ser objeto de una valoración especialmente rigurosa y de un seguimiento sanitario reforzado. En cualquier caso nunca se realizan a estos internos contenciones de tipo regimental.

El facultativo debe verificar, asimismo, que la posición de la persona contenida y el sistema de sujeción empleado no comprometen la función respiratoria, la circulación ni la integridad de la piel, debiendo revisar periódicamente la persistencia de estas condiciones durante todo el tiempo que se mantenga la contención.

El personal de enfermería debe realizar un seguimiento clínico continuado del interno mientras se prolongue la medida, prestando especial atención al estado general, nivel

de conciencia, presencia de dolor, aparición de lesiones, alteraciones respiratorias o cualquier signo que pueda indicar la aparición de complicaciones.

Igualmente deben atenderse las necesidades básicas de la persona contenida, incluyendo hidratación, alimentación, higiene y cambios posturales cuando resulte posible. Todas las actuaciones realizadas deben quedar adecuadamente reflejadas en la historia clínica y en los registros correspondientes.

En los supuestos en los que la contención se prolongue durante períodos de tiempo significativos, el facultativo debe valorar la adopción de medidas adicionales orientadas a prevenir posibles complicaciones derivadas de la inmovilización prolongada, incluyendo la prevención de lesiones cutáneas, trastornos circulatorios u otras complicaciones médicas.

6.4 Comunicación a la Autoridad Judicial

La aplicación de cualquier medida de contención mecánica en el ámbito penitenciario, con independencia de su origen regimental o sanitario, debe ser comunicada sin demora a la sección de vigilancia penitenciaria del tribunal de instancia correspondiente, como garantía esencial de control judicial de estas medidas restrictivas de derechos fundamentales.

La comunicación debe realizarse tanto al inicio como al cese de la contención e incluir información suficiente sobre las circunstancias que motivaron su adopción, la autoridad que la acordó o prescribió, la duración de la medida y las incidencias relevantes producidas durante su aplicación.

Este control judicial constituye un elemento esencial para garantizar la legalidad, proporcionalidad y correcta utilización de las contenciones mecánicas, así como para permitir la supervisión externa de posibles situaciones de riesgo para la integridad física o los derechos de la persona privada de libertad.

7 CONTENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

7.1 Naturaleza y ámbito de aplicación

La utilización de contenciones mecánicas en unidades psiquiátricas del entorno hospitalario presenta particularidades relevantes que exigen una delimitación clara de su naturaleza, finalidad y condiciones de aplicación. A diferencia del ámbito penitenciario, donde coexisten modalidades de contención de carácter regimental y sanitario, en el ámbito hospitalario la contención mecánica solo puede entenderse como una intervención estrictamente clínica y terapéutica, integrada en el proceso asistencial y sujeta a los principios propios de la práctica sanitaria.

No obstante, la experiencia acumulada por el Defensor del Pueblo pone de manifiesto que este carácter sanitario no excluye riesgos significativos de utilización inadecuada, especialmente cuando concurren factores organizativos, déficits formativos o la ausencia de protocolos claros. En estos contextos, la contención puede utilizarse como respuesta a situaciones de complejidad asistencial o de sobrecarga, lo cual resulta incompatible con los estándares de derechos humanos.

En consecuencia, su uso debe interpretarse de forma particularmente restrictiva, como una medida excepcional que solo puede adoptarse cuando resulte imprescindible para evitar un riesgo grave e inminente para la integridad física de la persona afectada o de terceros.

7.2 Valoración clínica e indicación

La indicación de una contención mecánica exige una valoración clínica individualizada, orientada a identificar la causa de la agitación o del descontrol conductual. En este proceso debe diferenciarse entre cuadros de origen psiquiátrico, síndromes confusionales, intoxicaciones, abstinencias u otras causas médicas potencialmente reversibles, ya que la existencia de una causa tratable de forma inmediata obliga a priorizar su abordaje como primera línea de intervención.

Asimismo, la decisión debe basarse en una evaluación rigurosa del riesgo, teniendo en cuenta tanto la probabilidad de daño como su gravedad, e incorporar la identificación de factores desencadenantes o modificables de tipo ambiental, relacional o farmacológico. La ausencia de esta valoración previa o su realización meramente formal constituye un indicador de mala práctica asistencial.

La contención mecánica solo puede considerarse justificada cuando concurren simultáneamente la existencia de un riesgo grave e inminente, la inviabilidad de medidas alternativas y la imposibilidad de garantizar la seguridad mediante otras estrategias

menos restrictivas. En ningún caso puede utilizarse como respuesta a conductas disruptivas sin riesgo asociado ni por razones organizativas o de conveniencia del centro.

7.3 Situaciones de especial riesgo y cautelas clínicas

Existen determinadas situaciones clínicas en las que la aplicación de una contención mecánica puede incrementar el riesgo de complicaciones, lo que obliga a extremar la cautela o a evitar su utilización. Entre ellas se incluyen el compromiso respiratorio, la inestabilidad cardiovascular, los síndromes confusionales no tratados, determinadas situaciones neurológicas o cualquier condición que aumente la vulnerabilidad de la persona afectada frente a los efectos de la inmovilización.

En estos supuestos, la decisión de contención debe estar especialmente motivada y acompañada de un seguimiento clínico reforzado, priorizando la utilización de alternativas terapéuticas.

7.4 Procedimiento y garantías asistenciales

La aplicación de la contención mecánica en unidades de hospitalización psiquiátrica requiere la definición clara de las responsabilidades de los distintos profesionales implicados, así como de las condiciones mínimas en que debe desarrollarse la intervención, con el fin de garantizar la seguridad de la persona afectada y el respeto a sus derechos.

La indicación de la contención corresponde, con carácter general, al personal facultativo responsable, que asume la decisión clínica sobre la necesidad de la medida, su mantenimiento y su finalización. No obstante, en situaciones de urgencia en las que exista un riesgo inmediato para la integridad física de la persona afectada o de terceros, el personal de enfermería puede iniciar la contención de forma excepcional, debiendo ser valorada y confirmada por el facultativo en el menor tiempo posible.

Siempre que las circunstancias clínicas y el estado de la persona lo permitan, debe proporcionarse información comprensible sobre la medida de contención, sus motivos y finalidad, recabándose el correspondiente consentimiento informado conforme a la normativa sanitaria vigente. Cuando la persona no puede comprender adecuadamente la información o prestar válidamente su consentimiento, es conveniente actuar de acuerdo con el régimen legal de apoyos y representación aplicable. En situaciones de urgencia en las que no sea posible recabar dicho consentimiento, debe dejarse constancia expresa de esta circunstancia, procediéndose a su obtención tan pronto como sea viable. Siempre que resulte posible, hay que informar a la familia o personas de apoyo de la adopción de la medida, especialmente en los supuestos de mayor duración o reiteración.

La ejecución de la contención debe realizarse por un equipo de profesionales suficiente y adecuadamente formado, actuando de manera coordinada. La intervención debe ser dirigida por un profesional responsable, habitualmente del ámbito de enfermería, que organice la actuación del equipo y mantenga la comunicación con la persona afectada durante todo el procedimiento. Puede recabarse el apoyo de otros profesionales, incluidos celadores o personal de seguridad, cuando la situación lo requiera, si bien la responsabilidad de la intervención permanece en el equipo sanitario.

Durante la aplicación de la medida debe garantizarse que la actuación se realiza de forma rápida, coordinada y respetuosa, evitando maniobras innecesarias o desproporcionadas y minimizando el riesgo de lesiones físicas o de impacto psicológico.

De forma sintética, la distribución de responsabilidades debe quedar claramente definida en los protocolos del centro: el personal facultativo asume la indicación, supervisión clínica y decisión de finalización; el personal de enfermería coordina la ejecución, garantiza la supervisión continuada y los cuidados, y el resto del personal implicado colabora en la aplicación técnica de la medida bajo la dirección del equipo sanitario.

Hay que insistir, tal y como se recogió en los principios generales, que la contención se lleva a cabo en un espacio específicamente habilitado y preparado para ello y distinto al lugar habitual de estancia, alojamiento o convivencia de la persona afectada.

7.5 Supervisión clínica, revisiones y cuidados

La contención mecánica obliga a un incremento significativo de la vigilancia y de los cuidados, y debe garantizarse en todo momento una supervisión clínica continua de la persona contenida.

El personal de enfermería, como responsable del seguimiento clínico continuado, es el encargado de realizar valoraciones periódicas del estado general de la persona afectada, con especial atención al estado de conciencia, al nivel de agitación, a la función respiratoria y circulatoria, a la integridad cutánea y al estado de las zonas de sujeción, así como a la posible aparición de dolor, sufrimiento o complicaciones clínicas. Igualmente, debe valorarse de forma continuada el estado mental, incluyendo posibles alteraciones del pensamiento, de la percepción o de la conducta.

Estas observaciones deben realizarse, como mínimo, cada 15 minutos durante la primera hora desde la aplicación de la medida. Transcurrido este período inicial, y en función de la evolución clínica de la persona, pueden espaciarse sin superar en ningún caso una hora entre controles, siempre que no concurren circunstancias que aconsejen mantener una mayor frecuencia de vigilancia. En situaciones de especial agitación, riesgo clínico o inestabilidad, los controles deben mantenerse con una frecuencia más

estrecha.

Los centros deben concretar en sus protocolos internos la periodicidad de estas valoraciones, garantizando en todo caso un control continuado, sistemático y adecuadamente documentado durante toda la duración de la contención.

El personal facultativo debe realizar una valoración clínica inicial en el menor tiempo posible tras la instauración de la contención y reevaluar periódicamente la indicación de la medida, su proporcionalidad y la necesidad de mantenerla.

Durante todo el episodio deben garantizarse las necesidades básicas de la persona afectada, incluyendo hidratación, alimentación, higiene y confort, así como la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilización.

La utilización de sistemas de videovigilancia (con vídeo y audio) en los espacios donde se realicen contenciones mecánicas debe ser considerado de carácter imprescindible como garantía adicional de la seguridad de la persona afectada y de la adecuada supervisión del procedimiento. Estos sistemas deben orientarse exclusivamente a finalidades asistenciales y de control, respetando en todo caso la dignidad, la intimidad de la persona y la normativa vigente en materia de protección de datos. En ningún caso la videovigilancia podrá sustituir la supervisión presencial y continuada por parte del personal sanitario o asistencial.

7.6 Duración, revisión de la medida y prórroga

La contención mecánica debe mantenerse exclusivamente durante el tiempo estrictamente necesario para controlar la situación de riesgo que motivó su adopción.

La duración prevista de la medida debe establecerse desde el inicio y ser objeto de revisión periódica. La necesidad de mantener la contención debe ser objeto de reevaluaciones clínicas, realizadas por el personal facultativo, con una frecuencia suficiente para garantizar que la medida se mantenga exclusivamente mientras persista la situación de riesgo.

En este sentido, no resulta admisible la prolongación de la contención sin una revisión clínica expresa y documentada de su indicación. La continuidad de la medida requerirá siempre una nueva valoración clínica y la confirmación de su necesidad.

Los centros deben establecer en sus protocolos internos los intervalos máximos de revisión, que, en todo caso, tienen que ser breves y ajustados a la situación clínica de la persona. La ausencia de reevaluaciones clínicas periódicas o la prolongación de la medida por inercia organizativa constituye un indicador de uso inadecuado.

7.7 Registro clínico y variables de seguimiento

La aplicación de la medida debe quedar documentada conforme a lo establecido en el

apartado 5.2 de los criterios generales de este documento, integrándose en el registro específico o en la historia asistencial de la persona y permitiendo la trazabilidad completa de la intervención.

Conviene que incluya los elementos específicos necesarios para la adecuada valoración asistencial. En particular los siguientes:

- La indicación clínica que motiva la contención, con referencia a la situación de riesgo existente.
- La valoración del estado físico y mental del paciente, incluyendo el nivel de conciencia, grado de agitación y posibles factores desencadenantes.
- Las intervenciones terapéuticas asociadas tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- La evolución clínica durante la medida, con especial atención a la respuesta del paciente y a la aparición de posibles complicaciones.
- La reevaluación periódica de la necesidad de mantener la contención y las decisiones adoptadas en relación con su modificación o retirada.

La documentación debe permitir una reconstrucción completa del proceso asistencial y facilitar la evaluación posterior de la adecuación de la medida adoptada.

7.8 Finalización de la contención y evaluación posterior

La retirada de la contención mecánica debe realizarse tan pronto como desaparezcan las circunstancias que la justificaron, tras valoración conjunta del personal facultativo y de enfermería.

Siempre que sea posible, la retirada se realiza de una forma progresiva, adaptada a la evolución clínica de la persona, manteniendo una vigilancia estrecha en las horas posteriores.

Una vez finalizado el episodio, debe llevarse a cabo una evaluación posterior que permita analizar las circunstancias que motivaron la contención, valorar la adecuación de la intervención e identificar medidas preventivas orientadas a evitar su recurrencia.

Esta evaluación posterior debe integrarse en las estrategias del centro orientadas a la reducción progresiva del uso de contenciones mecánicas y al desarrollo de alternativas terapéuticas más respetuosas con la autonomía de la persona.

8 CONTENCIÓN EN EL ENTORNO SOCIOSANITARIO

8.1 Principios rectores

La utilización de medidas de contención mecánica en centros sociosanitarios y residenciales plantea especiales exigencias de garantía, al afectar predominantemente a personas mayores, personas con discapacidad o personas con deterioro cognitivo que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad.

En este ámbito, las contenciones deben concebirse como una medida de carácter estrictamente excepcional, que solo podrá emplearse cuando resulte imprescindible para evitar un riesgo grave e inminente para la integridad física de la propia persona o de terceros, y siempre tras haber agotado previamente otras estrategias preventivas o de intervención menos restrictivas.

La aplicación de estas medidas debe regirse por los principios de necesidad, proporcionalidad, temporalidad y supervisión sanitaria, garantizando en todo momento el respeto a la dignidad, integridad física y derechos fundamentales de la persona afectada.

Asimismo, de acuerdo con las recomendaciones del Defensor del Pueblo y con los criterios establecidos por la Fiscalía General del Estado, las contenciones no pueden utilizarse como medida de control conductual, comodidad organizativa del centro o sustitución de una adecuada dotación de personal o de recursos asistenciales. En todos los casos debe prevalecer un modelo de atención centrado en la persona, orientado a la prevención de situaciones de riesgo y a la reducción progresiva del uso de medidas restrictivas.

8.2 Ámbito de aplicación

Las previsiones contenidas en este apartado son aplicables a todos aquellos centros sociosanitarios y residenciales en los que se encuentren personas en situación de especial dependencia o vulnerabilidad que puedan ser sometidas a medidas de contención mecánica por razones clínicas o asistenciales.

Esto incluye, entre otros, centros residenciales para personas mayores; centros para personas con discapacidad; unidades de media y larga estancia sociosanitaria, y cualquier otro recurso asistencial en el que se preste atención continuada a personas con limitaciones en su capacidad funcional o cognitiva.

En estos contextos, la aplicación de medidas de contención debe interpretarse de una forma especialmente restrictiva, teniendo en cuenta que afectan a personas que, en

muchos casos, presentan limitaciones en su capacidad de autogobierno y requieren un marco reforzado de protección jurídica y asistencial.

8.3 Infraestructura

Los centros sociosanitarios deben disponer de espacios y medios materiales que permitan, en caso de resultar imprescindible la aplicación de una contención, garantizar la seguridad y supervisión de la persona afectada en condiciones adecuadas de dignidad y atención asistencial.

Las áreas destinadas a la aplicación de estas medidas deben ser seguras, accesibles y fácilmente supervisables, permitiendo el control visual permanente de la persona contenida y el acceso inmediato del personal sanitario o asistencial en caso de incidencia.

Asimismo, deben utilizarse dispositivos de sujeción específicamente diseñados para uso sanitario, homologados y en adecuado estado de mantenimiento, evitando en todo caso la utilización de medios improvisados o no autorizados. Las condiciones ambientales del espacio deben garantizar una adecuada iluminación, ventilación, temperatura y condiciones de intimidad compatibles con la atención clínica.

8.4 Procedimiento (protocolos de aplicación)

La aplicación de medidas de contención mecánica en el ámbito sociosanitario debe ajustarse a los criterios generales y al procedimiento establecido en los apartados anteriores de este documento, debiendo adaptarse a las características específicas de las personas atendidas en estos centros.

Con carácter previo a la adopción de la medida, deben haberse agotado, en la medida de lo posible, las estrategias alternativas de manejo, especialmente las dirigidas a la contención verbal, la modificación del entorno y la intervención sobre los factores desencadenantes de la conducta.

La decisión de aplicar la contención debe basarse en una valoración individualizada de la persona, teniendo en cuenta su situación clínica, funcional y cognitiva, así como el contexto en el que se produce la situación de riesgo.

En todo caso, la medida debe contar con prescripción médica expresa, recogida en la historia clínica o en el registro asistencial correspondiente, en la que se especifique la indicación de la contención, el tipo de dispositivo utilizado, las condiciones de aplicación y la necesidad de revisiones periódicas de la medida.

No pueden establecerse indicaciones genéricas, permanentes o preventivas de contención aplicables de forma indiscriminada a determinadas personas o grupos de residentes. Toda medida de contención debe responder necesariamente a una situación

concreta de riesgo y basarse en una valoración clínica individualizada, debidamente documentada, en la que se justifique la necesidad de la medida, su proporcionalidad y su carácter temporal. En consecuencia, las prescripciones de contención deben referirse a episodios específicos y estar sujetas a revisiones periódicas que permitan valorar su mantenimiento, modificación o retirada. No puede incorporarse la contención como medida protocolizada de uso rutinario ni como respuesta automática ante determinadas conductas o perfiles de residentes.

En particular, no resultan admisibles las prescripciones de contención adoptadas con carácter preventivo generalizado, por razones de comodidad organizativa del centro o como medida inespecífica de prevención de caídas. La utilización de estas medidas solo puede justificarse cuando exista un riesgo grave e inminente para la integridad de la persona afectada o de terceros, y siempre tras haber intentado previamente otras intervenciones menos restrictivas.

La aplicación técnica de la contención debe realizarse por personal adecuadamente formado, siguiendo técnicas que minimicen los riesgos de lesión y el impacto físico y emocional sobre la persona, garantizando en todo momento un trato digno y respetuoso.

Una vez instaurada la contención, debe asegurarse una supervisión continua y una reevaluación periódica de su necesidad, con el objetivo de proceder a su retirada en el menor tiempo posible.

La medida debe quedar debidamente documentada conforme a lo establecido en el apartado 5.2 del presente documento, integrándose en el registro específico o en la historia asistencial de la persona y permitiendo la trazabilidad completa de la intervención.

La aplicación de la medida requerirá, con carácter general, el consentimiento informado de la persona afectada o, en su caso, de su representante legal, en los términos previstos en la normativa sanitaria vigente. En situaciones de urgencia en las que no sea posible recabar dicho consentimiento, debe dejarse constancia expresa de esta circunstancia, procediéndose a su obtención tan pronto como sea posible. Siempre que resulte posible, hay que informar a la familia o personas de apoyo de la adopción de la medida, especialmente en los supuestos de mayor duración o reiteración.

Una vez finalizada la medida, debe realizarse una evaluación del episodio que analice las causas que la motivaron y las posibles alternativas de intervención, incorporando sus conclusiones al plan de cuidados con el fin de prevenir situaciones similares.

En los supuestos de especial gravedad o cuando la medida pueda afectar de forma relevante a la libertad personal o integridad física de la persona afectada, debe garantizarse la posibilidad de control o supervisión por la autoridad judicial o por el

ministerio fiscal, conforme al marco jurídico aplicable.

La utilización de sistemas de videovigilancia en los espacios donde se realicen contenciones mecánicas debe ser considerado de carácter imprescindible como garantía adicional de la seguridad de la persona afectada y de la adecuada supervisión del procedimiento. Estos sistemas deberán orientarse exclusivamente a finalidades asistenciales y de control, respetando en todo caso la dignidad, la intimidad de la persona y la normativa vigente en materia de protección de datos. En ningún caso la videovigilancia puede sustituir la supervisión presencial y continuada por parte del personal sanitario o asistencial.

8.5 Promoción de modelos asistenciales libres de sujeciones

Los centros sociosanitarios deberán promover políticas activas orientadas a la reducción progresiva y, en la medida de lo posible, a la eliminación del uso de contenciones mecánicas. Para ello deben impulsarse modelos de atención centrados en la persona que favorezcan la prevención de situaciones de agitación o riesgo mediante intervenciones ambientales, organizativas y terapéuticas adecuadas.

Estas estrategias incluyen, entre otras, la adaptación del entorno físico, la mejora de la dotación y formación del personal, el desarrollo de programas de estimulación y acompañamiento, así como la implantación de protocolos de desescalada y manejo no coercitivo de las conductas disruptivas.

El objetivo último de esos modelos es avanzar hacia entornos asistenciales en los que la seguridad de las personas atendidas se garantice sin recurrir, salvo en situaciones absolutamente excepcionales, a medidas restrictivas de su libertad de movimiento y autonomía personal.

9 CONSIDERACIONES FINALES

Como resumen de las consideraciones recogidas en los epígrafes precedentes, el Defensor del Pueblo considera conveniente que los centros en los que puedan aplicarse medidas de contención mecánica adopten las siguientes líneas de actuación:

1. Reducir progresivamente el recurso a las contenciones mecánicas, promoviendo modelos organizativos orientados a su utilización excepcional y al desarrollo de alternativas basadas en la prevención y la desescalada.
2. Desarrollar sistemas estructurados de prevención de situaciones de crisis, que incluyan la identificación precoz de factores de riesgo, la evaluación individualizada de las personas susceptibles de presentar episodios de agitación y la implantación de medidas organizativas y asistenciales dirigidas a reducir su aparición.
3. Garantizar que toda medida de contención se aplique exclusivamente en situaciones de riesgo vital o de seguridad grave e inminente, tras una valoración individualizada y conforme a los principios de necesidad, proporcionalidad y mínima duración.
4. Implantar sistemas de supervisión continua que permitan el control efectivo de la medida, considerándose la videovigilancia con grabación de imagen y sonido como el estándar técnico de referencia.
5. Asegurar la existencia de protocolos claros, actualizados y conocidos por todo el personal, que regulen la indicación, aplicación, seguimiento y finalización de las medidas de contención.
6. Reforzar la formación específica de los profesionales en técnicas de desescalada, manejo de situaciones de crisis y aplicación segura de las contenciones, así como en el respeto a los derechos fundamentales de las personas afectadas.
7. Garantizar la adecuada documentación de todas las medidas adoptadas, de forma que permita la trazabilidad completa de la intervención y su evaluación posterior.
8. Incorporar la revisión periódica de las contenciones como un indicador de calidad asistencial, promoviendo el análisis de los casos en los que se han aplicado y la adopción de medidas preventivas para evitar su repetición.
9. Asegurar la existencia de mecanismos de control interno y externo que permitan supervisar la adecuación de las medidas adoptadas y detectar posibles desviaciones en su utilización.

10. Adaptar las condiciones materiales y organizativas de los centros para garantizar que la aplicación de estas medidas se realice en entornos seguros, adecuados y respetuosos con la dignidad de las personas.
11. Impulsar una cultura institucional basada en el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas, en la que el uso de medidas coercitivas sea progresivamente sustituido por estrategias de cuidado centradas en la persona.

En definitiva, la utilización de medidas de contención mecánica constituye una intervención de carácter excepcional que implica una restricción intensa de derechos fundamentales, lo que exige un especial nivel de exigencia en su indicación, aplicación y control.

El presente documento establece un estándar técnico orientado a homogeneizar prácticas y reforzar las garantías en todos los ámbitos en los que estas medidas puedan ser utilizadas.

Más allá de su aplicación concreta, el objetivo último debe situarse en la reducción progresiva del recurso a las contenciones, mediante el desarrollo de modelos organizativos centrados en la persona, el fortalecimiento de las estrategias de prevención y desescalada, y la mejora continua de la calidad asistencial.

En este sentido, los criterios recogidos aquí deben entenderse como un instrumento de referencia para la mejora de las prácticas profesionales y la consolidación de una cultura institucional basada en el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de las Naciones Unidas, Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela), Resolución A/RES/70/175, aprobada el 17 de diciembre de 2015.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), Resolución A/RES/65/229, aprobada el 21 de diciembre de 2010.
- Comité de Bioética de España, *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*, Madrid, 2016.
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), 10.º Informe General de actividades del CPT [CPT/Inf (2000)13], Consejo de Europa 2000.
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), 8.º Informe General de actividades del CPT [CPT/Inf (98) 12], Consejo de Europa 1998.
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), 2.º Informe General de actividades del CPT [CPT/Inf (92) 3], Consejo de Europa 1992.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación Rec(2006)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptada el 11 de enero de 2006.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación Rec(2004)10 del Comité de Ministros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, adoptada el 22 de septiembre de 2004.
- Defensor del Pueblo, informes anuales.
- Defensor del Pueblo. Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), informes anuales.
- Defensor del Pueblo. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP), *Las contenciones mecánicas en centros de privación de libertad. Propuesta de una guía de buenas prácticas y recomendaciones*, 2017. Publicación aparte de la *Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas (Centros de privación de libertad)*, 2017.
- Fiscalía General del Estado, Instrucción 1/2022, de 19 de enero, 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, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 36, de 11 de febrero de 2022.

- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 134, de 5 de junio de 2021.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
- Naciones Unidas, Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Resolución 37/194, aprobada el 18 de diciembre de 1982.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 40, de 15 de febrero de 1996.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, Madrid, 2014.

