

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Coerción y salud mental

Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas
que utilizan los servicios de salud mental



A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Coerción y salud mental

Begoña Beviá Febrer^a y Aguila Bono del Trigo^b (Coordinadoras)

**Jose Antonio Inchauspe Aróstegui^c, Mikel Valverde Eizaguirre^d,
Jose Leal Rubio^e, Fernando Santos Urbaneja^f, Alicia Roig Salas^g,
Ana Moreno Pérez^h, Mariano Hernández Monsalveⁱ,
M^a Eugenia Díez Fernández^j, Luis Nocete Navarro^k,
Laura Carballeira Carrera^l, Inés López Álvarez^m, Clara Cocho Santallaⁿ,
Alberto Fernández Liria^o, Raúl Velasco Sánchez^p, Vicente Ibañez Rojo^q
y Manuel Gómez Beneyto^r**



CUADERNOS TÉCNICOS, 20
MADRID, 2017

- ^a Enfermera especialista en Salud Mental. Profesora honoraria Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.
- ^b Socióloga. Profesora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España
- ^c Psiquiatra Director Centro de Salud Mental de San Juan, Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Pamplona, España
- ^d Psicólogo Clínico Unidad de Hospitalización Psiquiátrica A, Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Pamplona, España.
- ^e Psicólogo Clínico. Asesor y Supervisor Clínico e Institucional. Servicios Salud Mental, Barcelona. Coordinador de la Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ^f Fiscal delegado de Protección de Personas con Discapacidad en Andalucía. Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ^g Psiquiatra. Directora de los Centros de Salud Mental Horta y Guinardó. Barcelona. Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ^h Psiquiatra, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ⁱ Psiquiatra. SSM Tetuán- HU La Paz. Madrid
Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ^j Psicóloga Clínica, Servicios de Salud Mental Oviedo, HUCA. Comisión de Ética y Legislación de la AEN_PSM.
- ^k Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- ^l Psicóloga Clínica, Hospital HM Puerta del Sur, Móstoles.
- ^m Residente de Psicología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- ⁿ Psiquiatra. Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid.
- ^o Psiquiatra, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá
- ^p Periodista y escritor, Freelance.
- ^q Psiquiatra, Hospital Torrecárdenas, Almería.
- ^r Psiquiatra jubilado, Valencia

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.
Tel. 636725599. Fax 918473182.

ISBN: 978-84-95287-83-0
Maquetación: Gráficas Marí Montañana
Av. Blasco Ibáñez, 22. 46132 Almàssera (Valencia)



ÍNDICE

Prólogo	7
Candela Santiago Alfaro	
Introducción	9
Begoña Beviá Febrer y Aguila Bono del Trigo	
Capítulo 1.....	13
La coerción en salud mental: conceptos, procesos y situación	
Jose Antonio Inchauspe Aróstegui y Mikel Valverde Eizaguirre	
Capítulo 2.....	91
Aspectos éticos y legales	
Jose Leal Rubio, Fernando Santos Urbaneja, Alicia Roig Salas, Ana Moreno Pérez, Mariano Hernández Monsalve, M ^a Eugenia Diez Fernández	
Capítulo 3.....	109
Percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental en la contención mecánica	
Luis Nocete Navarro, Laura Carballeira Carrera, Inés López Álvarez, Clara Cocho Santalla, Alberto Fernández Liria	
Capítulo 4.....	169
Por tu bien. De-construyendo la coerción en Salud Mental	
Raúl Velasco Sánchez	
Capítulo 5.....	183
Uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica en el Estado español (2017)	
Begoña Beviá Febrer y Aguila Bono del Trigo	
Capítulo 6.....	209
Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental	
Ana Moreno Pérez, Vicente Ibañez Rojo y Manuel Gómez Beneyto	

Prólogo

La Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de la Salud Mental siempre se ha distinguido por su interés e implicación en promover y defender una atención ética y respetuosa a las personas con problemas de salud mental. En este sentido, nos hemos posicionado y trabajado activamente a favor de una organización de la asistencia que no sólo no vulnere, sino que proteja los derechos de los usuarios de los servicios.

En los últimos años, la AEN-PSM ha hecho del estudio de la situación de las prácticas coercitivas en psiquiatría y la promoción de un modelo alternativo de atención, uno de sus focos de interés prioritario, impulsando reflexiones y actuaciones que ayuden a la toma de conciencia y el cambio, desde las políticas sanitarias hasta las actitudes de organizaciones, servicios y profesionales.

En esta línea, promovimos la redacción y firma del Manifiesto de Cartagena en 2016, en el que, junto a la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, En Primera Persona-Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona y la Federación VEUS - Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona, volvimos a dejar patente nuestra firme voluntad de trabajar conjuntamente por la erradicación de las prácticas coercitivas en todos los espacios clínicos, impulsando un enfoque que prime la dignidad de las personas y en el que la atención psiquiátrica no conlleve el aumento del sufrimiento por el que se acercaron a nosotros. Creemos que fue un importante primer paso, con repercusión en todo el territorio nacional y en todos los agentes implicados. Queremos pensar que fue una contribución destacada al movimiento de opinión que ya se estaba generando respecto a la necesidad de transformar nuestras actitudes y prácticas.

El Manifiesto de Cartagena no fue para la AEN-PSM sólo una declaración, sino que supuso el inicio de una línea de trabajo que se empieza a plasmar con la constitución del Grupo de Trabajo sobre Coerción en las Jornadas Nacionales de Cartagena en junio de 2016, cuyo primer fruto tangible es el documento que tiene en sus manos.

Este Cuaderno Técnico resulta del debate y la reflexión en torno a las prácticas coercitivas en el Grupo de Trabajo, y su ánimo es aportar también alternativas al uso de la coerción en la atención a las personas con sufrimiento psíquico. Consideramos que se trata ante todo de una cuestión de derechos, y la discusión técnica tiene que ver con el modo en que estos se garantizan.

Así, este documento tiene la ambición de promover la reflexión sobre lo que estamos haciendo frente a lo que podemos y querríamos hacer.

Con este objetivo, examina los enfoques que sustentan la coerción, analiza las percepciones de profesionales y usuarios de los servicios y se acerca al estado

actual de la cuestión en las salas de hospitalización en nuestro país, ofreciendo también posibles alternativas de intervención.

Para terminar, este Cuaderno representa un paso más en el compromiso público de la AEN-PSM con la denuncia de las prácticas coercitivas en psiquiatría y con el apoyo a las iniciativas que promuevan un enfoque de la asistencia que prime el respeto a la dignidad y el libre ejercicio de la voluntad de las personas. Animamos al lector a reflexionar y participar en el debate sobre esta relevante cuestión, así como a difundir el resultado de este trabajo.

Candela Santiago Alfaro. Vicepresidenta de la AEN-PSM
Madrid. Febrero de 2018

Introducción

El uso de la coerción en la atención en los servicios de salud mental es un tema que está de actualidad desde hace ya algunos años, y, aunque parece observarse alguna evolución en algunos aspectos (como podría ser que antes se obviaba y ahora se debate sobre ello), seguimos estando muy lejos de contar con servicios y prácticas libres de coerción, y también lejos de que exista una cultura profesional mayoritaria sensible a unas prácticas no coercitivas, quizás porque la coerción, forma parte consustancial de los modelos de atención predominantes y de los discursos que la sostienen.

La coerción es un asunto que ha estado presente en casi todos los foros de debate en los últimos años, en gran parte, impulsado por los movimientos de usuarios. Como asociación de profesionales, con este Cuaderno Técnico, tratamos de aportar un poco más a ese debate que consideramos necesario, así como ofrecer información que contribuya a la toma de conciencia hacia una postura más firme en relación al uso de la coerción. Como asociación, consideramos que puede ayudar e influir para avanzar hacia prácticas no coercitivas, desde la reflexión y el debate, aunque somos conscientes de que éste propósito enfrenta múltiples dificultades, muchas de ellas abordadas a lo largo de este documento.

En su elaboración hemos tratado de presentar una mirada clínica, de derechos humanos, ética y sobretodo crítica sobre el estado actual de su utilización en los servicios, contando tanto con la perspectiva subjetiva de los profesionales, como la de los usuarios de los servicios, respecto de las implicaciones que su utilización tiene para las personas, la organización y la atención a la salud mental en general.

Consta de seis capítulos. En el primer capítulo, Jose Antonio Inchauspe y Mikel Valverde, ofrecen una introducción a lo que se trata con mayor detalle en los capítulos posteriores. Exponen una revisión del conocimiento existente en torno a la práctica coercitiva, interrogándose sobre qué caracteriza a la salud mental para que la coerción se manifieste de la manera en que lo hace. Revisan los conceptos en torno a la coerción y la relación entre su uso y la clínica; qué se sabe las prácticas actuales y de su frecuencia, qué sabe sobre su utilidad, qué sabe de cómo se vive la coerción por parte de quiénes la prescriben y quiénes la padecen, y qué sabe sobre las alternativas para una práctica no coercitiva.

En el segundo capítulo, José Leal, y el grupo de ética y legislación, exponen de forma crítica, la necesidad de tomar una postura firme respecto a la eliminación de la práctica de la violencia que supone el uso de la coerción, en cualquiera de sus formas, como un mandato ético. Su lectura nos invita a reflexionar sobre la toma de decisiones y sus consecuencias sobre la persona, para obtener un bien (la seguridad), y que, aunque parezca o sea bueno, éticamente es rechazable. Nos plantea cómo la mirada al respeto a la persona y a sus derechos, plantea una “tensión” permanente que debe

estar acompañada de la reflexión y trabajo compartido. En este capítulo, además, se analizan los desarrollos legislativos que se han realizado, incluidas las iniciativas parlamentarias en los últimos años, que ponen en entredicho el uso de la coerción en los servicios de salud mental.

En el tercer capítulo, Luis Nocete, Laura Carballeira, Clara Cocho, Inés López y Alberto Fernández, nos exponen un estudio original realizado en 2017, mediante el uso de metodología cualitativa, sobre las percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental ante el uso de la contención mecánica. Parten de que, en la decisión sobre su uso, se ven implicados factores no sólo clínicos (diagnósticos, condiciones de las unidades, recursos humanos y físicos...), sino también otros factores muy poco estudiados, como son las percepciones y actitudes de los propios profesionales. Con el objetivo de indagar en sus experiencias en torno al uso de la contención mecánica y explorar sus significados y discursos por parte tanto de profesionales en formación, cómo de facultativos, llevaron a cabo un interesantísimo estudio basado en grupos focales, que nos exponen a lo largo del capítulo tres.

Con el sugerente título de *Por tu bien. De-construyendo la coerción en Salud Mental*, Raúl Velasco, en el capítulo 4, nos invita a conocer el relato de la vivencia de la coacción y la coerción en primera persona, en sus múltiples formas. Basándose, en las narrativas y testimonios de personas que debatieron sobre ello, en un programa de Radio, analiza con enfoque de derechos humanos las vivencias de la violencia en la atención recibida. Nos hace reflexionar sobre cómo las relaciones de poder están tan ligadas al discurso psiquiátrico, que actúan invalidando la libertad de elección y la voluntad de la persona. Con su relato, Raúl Velasco, nos muestra cómo el paternalismo, tiene consecuencias en cómo se piensa en el sufrimiento mental y en las personas que lo padecen, en formas que pueden llegar a suponer prácticas perversas e inhumanas, silenciando el malestar e incapacitando a la persona para ejercer plenamente sus derechos.

En el capítulo 5, las coordinadoras de este Cuaderno Técnico, Begoña Beviá y Águila Bono, exponemos los resultados de un estudio exploratorio, realizado en 2017 mediante cuestionario, sobre las actuaciones en torno al uso de las contenciones mecánicas en las unidades de hospitalización de agudos del Estado Español. Se identifican prácticas y actuaciones en torno al uso de la contención mecánica, especialmente aquellas destinadas a minimizar el uso de la CM y, eventualmente, las orientadas a su erradicación. Reflejamos una panorámica por Comunidades Autónomas, sobre el uso de medidas para la prevención del uso de contenciones mecánicas, las características de los protocolos existentes y del registro de su

utilización. En la discusión de resultados, exponemos el impacto que la propia realización del estudio ha podido tener en la propia práctica de las unidades, puesto que en gran medida el cuestionario suponía una relación de prácticas deseables, según la literatura para evitar el uso de la CM.

Este Cuaderno Técnico, no podía salir a la luz sin aportar una revisión de alternativas a las prácticas existentes, que han demostrado resultar útiles, para evitar el uso de coerción. En el último capítulo, Ana Moreno, Manuel Gómez-Beneyto y Vicente Ibáñez, con el título *aboliendo la coerción*, nos presentan los resultados de una revisión sobre estrategias para prevenir los ingresos no voluntarios, las contenciones mecánicas y el aislamiento en las unidades de hospitalización. Revisan algunas de las estrategias más extendidas para la reducción de la coerción, las analizan y finalmente debaten sobre la necesidad de crear una cultura anti-coerción como condición necesaria para aplicar con éxito las intervenciones preventivas. En este capítulo, además podemos encontrar una selección de buenas prácticas en la supresión o reducción de la coerción, tanto en el contexto europeo, como en el Estado Español.

Queremos agradecer y reconocer a todas las personas que han colaborado en la redacción de este Cuaderno Técnico, el esfuerzo, la motivación y la claridad de sus exposiciones y, especialmente, el haber trabajado de forma coordinada con la idea de aportar algo útil como Asociación de profesionales comprometidos con una práctica no coercitiva. Para nosotras ha sido estupendo trabajar con todas ellas, de las que hemos aprendido muchísimo, resultando ser, además, una experiencia muy enriquecedora.

Begoña Beviá y Aguila Bono. Junta de Gobierno de la AEN
Madrid. Febrero de 2018

La coerción en Salud Mental: conceptos, procesos y situación

Jose Antonio Inchauspe y Mikel Valverde Izaguirre

Introducción

La coerción en el campo de la Salud Mental es un tema al que se presta cada vez más atención. No sólo existe consenso en que la coerción está integrada en la práctica asistencial habitual ocupando un gran espacio de la misma, sino que en las últimas décadas además de sus aspectos históricos, sociopolíticos, éticos y legales ha captado también la atención de los investigadores del campo clínico (Ventegodt, Andersen y Kandel, 2009; Lidz, 1998; Lützén, 1998; Molodynski, Rugkåsa y Burns, 2016; Kallert, Mezzich y Monahan, 2011).

El vínculo entre la asistencia en Salud Mental y la coerción existe desde un principio, incluso cuando a nivel embrionario el campo carecía de los conceptos y de las prácticas actuales (Kirk, Gomory y Cohen, 2013). Foucault sitúa el origen de lo que más adelante acabó siendo asistencia psiquiátrica en el siglo XVII, cuando se inicia la reclusión en asilos de sujetos considerados indeseables en los espacios públicos, un proceso donde el control social es el motivador básico. Szasz lo sitúa en la misma época, en la reclusión en asilos privados de personas que resultaban molestas o vergonzantes para las familias de clase alta. Prácticamente todas las monografías sobre el nacimiento de la clínica sitúan la reclusión, el encierro, como el entorno en el que surgen las prácticas iniciales de lo que ahora conocemos como la asistencia en Salud Mental, resaltando su función en el control social e ilustrándola en distintos momentos de la evolución de la clínica desde el S XVII (Foucault, 2013; Szasz, 2009; Porter, 2003; Shorter, 1998; Lieberman, 2016).

En la época actual, superadas, parcialmente al menos, las instituciones que Goffman calificó de totales, tras la desinstitucionalización y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, la coacción sigue presente en la vida cotidiana de sus usuarios, pudiéndose ejercer niveles intensos de supervisión y restricción de sus actividades a través de procedimientos coercitivos, bien sea y según los países, en un marco determinado por una orden judicial, Tratamiento Ambulatorio Obligatorio, o programas sociosanitarios muy estructurados de Gestión de Casos, y también en un contexto “informal”, en el sentido de que no está sometido a órdenes judiciales. Son prácticas dirigidas habitualmente a promover la adherencia al tratamiento de dos maneras principales: condicionando el acceso a determinadas prestaciones sociales al tratamiento, o convirtiendo este último en condición necesaria para evitar el ingreso en prisión, determinadas restricciones en la vida cotidiana, el tratamiento ambulatorio obligatorio o, finalmente, el ingreso hospitalario involuntario (Canvin, Rugkåsa, Sinclair y Burns, 2013). Junto a ello son frecuentes

otras prácticas coercitivas más, como la medicación forzosa, la contención física y química, y el aislamiento (Raboch, Kalisová, Nawka, Kitzlerová, Onchev, Karastergiou, Magliano et al., 2010).

Según Kallert et al. (2011) el amplio interés que suscita actualmente la coerción en el campo clínico de la Salud Mental obedece a diversos motivos:

- La práctica de procedimientos resumidos bajo el término de “tratamiento coercitivo” es muy frecuente en Salud Mental. Los ingresos involuntarios en unidades de agudos, la contención física, el aislamiento y la medicación forzosa durante el ingreso, son prácticas frecuentes, aunque varían de un país a otro e incluso en los dispositivos del mismo país o región sanitaria.
- El interés de explorar las prácticas coercitivas se ha extendido a otros dispositivos e instituciones como unidades residenciales o de larga estancia para pacientes crónicos, unidades psiquiátricas penitenciarias, residencias de ancianos, residencias de discapacitados, hogares juveniles, hospitales generales y otros que acogen diferentes tipos de personas discapacitadas o vulnerables.
- Los estados han ido elaborando legislación en Salud Mental que respalda el uso de la coerción y contempla nuevas formas en su aplicación, como el Tratamiento Ambulatorio Obligatorio, aunque su nivel de desarrollo e implementación es desigual según los países.
- Los aspectos éticos de la coerción en la práctica diaria y en la investigación son cada vez más patentes. La horquilla va desde la investigación psiquiátrica en pacientes obligados al tratamiento, hasta la práctica del consentimiento informado, pasando por las actitudes de los profesionales hacia la aplicación de medidas coercitivas, y el uso de guías clínicas basadas en la evidencia en situaciones de crisis y conductas violentas en unidades de urgencias y de hospitalización psiquiátrica.
- La aplicación de las medidas coercitivas conforma buena parte de la opinión pública acerca de la psiquiatría, tiene que ver con el estigma asociado al trastorno mental, y se ha convertido en un blanco central de la crítica a la actividad asistencial en Salud Mental, cada vez más centrada en los derechos de las personas usuarias.
- Ha llamado la atención de los defensores de los derechos humanos y sus organizaciones. Incluso la Organización de las Naciones Unidas se ha posicionado al respecto en la Declaración de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006)

- Las medidas coercitivas constituyen un eje central en la relación del profesional de Salud Mental con sus pacientes incidiendo, cuando se aplican, en la relación clínica de forma inevitable, masiva y a largo plazo. La experiencia subjetiva de las prácticas coercitivas y sus resultados en términos de adherencia al tratamiento y efectividad del mismo son campos clínicos relevantes en sí mismos.
- Lo que la coerción significa para el usuario y para el profesional de Salud Mental es un tema de debate candente entre y dentro de las asociaciones científicas y profesionales, así como entre estas y las asociaciones de usuarios.
- Tanto el desarrollo como el análisis crítico de estrategias para reducir el uso de medidas coercitivas en diferentes formatos de la clínica es relevante en la clínica e investigación actuales en Salud Mental.

La coerción es un tema central en la asistencia a las personas con problemas mentales, tanto en el pasado como en las prácticas actuales. Su abordaje puede realizarse desde perspectivas diferentes, describiendo y analizando las prácticas coercitivas existentes y sus antecedentes históricos, o interrogándose sobre qué caracteriza el campo asistencial en Salud Mental para que la coerción se manifieste de la manera en que lo hace, y qué es lo que reclama la sociedad a la asistencia en Salud Mental y las funciones que delega en ella. También es posible analizar los intervinientes en la asistencia y desentrañar sus juegos interaccionales.

2. Conceptos en torno a la coerción

Morgan, A. y Felton, A. (2013) nos recuerdan la definición clásica de coerción como una actividad concreta de presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta, e indican su proximidad a la posible lesión de los derechos ciudadanos.

Anderson (2015) define dos perspectivas fundamentales en el acto coercitivo: a) la de los agentes técnicos que la ejercen y los medios que utilizan, y b) la de quien recibe la coerción, cómo la percibe y cómo responde a ella. La percepción de la coerción no es simétrica en ambos. Quienes la ejercen justifican la lesión del principio de autonomía al objeto de conseguir un bien superior, facilitar un tratamiento indispensable, partiendo de una comprensión de lo que sucede que la persona bajo coacción no dispone, debido a que carece de una adecuada capacidad para decidir, y se anula su autonomía en beneficio de su propio interés.

La descripción de la coerción puede ser objetivista o subjetivista según la perspectiva tenida en cuenta. La perspectiva objetivista se caracteriza en base a principios éticos como el referido antes, la del mejor interés para la persona coaccionada. La perspectiva subjetivista mostrará la valoración de quien está coaccionado. Las prácticas de conseguir la adherencia al tratamiento con medios coercitivos se defienden mediante una justificación ética objetivista. La perspectiva subjetivista considera la coerción desde el punto de vista de quien la padece, quien a veces puede percibir coacción sin que se haya dado, debido a su propia visión y definición de su sufrimiento, muchas veces muy distinta de la del profesional que activa la coerción.

Diferenciar las amenazas de las ofertas, financieras o de otra naturaleza (Monahan, Bonnie, Appelbaum, Hyde, Steadman, y Swartz, 2001), a la hora de conseguir la adhesión al tratamiento o el cambio favorable de la persona a la sugerencia o al imperativo propuesto, obedece a una perspectiva objetivista, muchas veces distinta a la del usuario en Salud Mental (Morgan y Felton, 2014), como sucede en otras áreas de la vida cotidiana (Anderson, 2015).

Tampoco todas las amenazas parecen iguales. Utilizar, por ejemplo, la amenaza de ingresar en la cárcel a personas que han sido declaradas culpables de un delito no sería propiamente una amenaza sino un término de su libertad condicional. Se expande la capacidad de elegir de la persona de una opción, la cárcel, a dos, cárcel o tratamiento. Muy diferente, e “inequívocamente coercitiva”, sería la utilización de la amenaza preventiva de ingreso involuntario en la que se pasa de dos opciones, adherencia o no adherencia al tratamiento ambulatorio, a una sola, adherencia al tratamiento ambulatorio. No obstante, no se puede establecer si aceptar un tratamiento ambulatorio obedece a una oferta o a una amenaza sin tener en cuenta la cultura y los valores de cada persona (Monahan et al., 2011).

La coerción en Salud Mental remite a otra cuestión fundamental, el riesgo y la gestión del mismo, que tienen que ver con una función social de esta área asistencial. Esta función social desvela que la actividad profesional no solo se presenta bajo el modelo de una actividad sanitaria reparadora del trastorno mental, sino que también debe prevenir los riesgos del daño social de la locura, el que podría ejercer quien está mentalmente perturbado.

La atención en Salud Mental se ve sometida actualmente a dos movimientos divergentes. Por una parte se refuerza, al menos declarativamente, el respeto a la autonomía y los derechos de los pacientes y se intentan definir y limitar las medidas coercitivas. Por otra, las preocupaciones securitarias de las sociedades

contemporáneas llevan a una judicialización de los trastornos psíquicos, sobre todo si se acompañan de problemas de conducta o actos delictivos (Gravier y Eitan, 2011)

La “protección de otros” permite la detención preventiva y el ingreso de personas con trastornos mentales sobre la base del riesgo supuesto o intuido antes que realmente hayan cometido un delito o una amenaza. Este grupo es único en este sentido. Es mucho mayor número de personas sin un trastorno mental que son igual o más riesgosas sin que sean susceptibles de tal detención (Szmukler, 2015a).

La evaluación y gestión del riesgo influye en las prácticas asistenciales de forma general y decisiva, e impulsa las medidas coercitivas consideradas muchas veces como actividades preventivas. Las prácticas basadas en el mantenimiento farmacológico y la adhesión al mismo, hoy en día nucleares en Salud Mental, se dirigen tanto a reducir el riesgo de la recidiva y el deterioro que se le atribuye, como a minimizar el riesgo de dañar a otros o a sí mismo. La posición en la que se sitúa el profesional como evaluador del riesgo y actor principal a la hora de evitar ciertas alteraciones en el orden social y familiar, incluido el provocado por niños y adolescentes, es central en la política asistencial en Salud Mental. La asunción de ese papel otorga a los técnicos y servicios de Salud Mental, a modo de herramienta, la facultad de ejercer la coerción sobre los usuarios.

No es de extrañar que la necesidad social de evitar irrupciones bruscas y dañinas en el espacio social por agentes irracionales lleve a maximizar la difusión de estos acontecimientos cuando se producen, acompañada por toda una serie de detalles y alegatos alarmantes que proclaman el fracaso de las redes de contención social. La irrupción de una tragedia motivada por personas consideradas enfermas mentales suele llevar a reivindicar el refuerzo de las medidas coercitivas. A veces son los propios profesionales quienes realizan este tipo de reivindicación a la vez que postulan remedios determinados: “los esquizofrénicos son gente pacífica, cuando están bien tratados” suelen apuntillar (Prats, 2014), o “las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general, siempre que estén controladas farmacológicamente, que no hayan sido dadas de alta recientemente, que tengan una adherencia al tratamiento y no consuman drogas psicoactivas” (Esbec y Echeburua, 2016, p. 70). La idea de que el riesgo es previsible y cuantificable, aplicando el conocimiento actual, y de que determinados tratamientos lo reducen, inviste a los servicios y técnicos de una mayor autoridad al reclamar y activar prácticas coercitivas.

Se potencian programas de adherencia terapéutica y se extiende la presión en los servicios para que los usuarios tomen medicación, ingresen, y se adhieran

a las propuestas que se les hacen o se les imponen. No se consideran únicamente situaciones disruptivas o de alto riesgo y medidas extremas como el internamiento involuntario, el aislamiento o la contención física, sino que se defiende que es en la práctica clínica rutinaria donde la coerción informal, es decir la realizada sin mandato legal, es más necesaria (Hotzy y Jaeger, 2016): “los niveles más bajos de presión pueden ser útiles y apropiados en nuestras relaciones con los pacientes. Al fin y al cabo, la presión está omnipresente en las relaciones humanas y es probable que sea particularmente pertinente en las relaciones más difíciles y problemáticas” (Molodynski et al., citado por Morgan y Felton, 2013). Puesto que se asume que los modernos tratamientos ambulatorios compulsivos no son más que una extensión del ingreso involuntario existente desde antiguo, es habitual que no se emitan excesivos reparos éticos a estas prácticas (Monahan, 2011). Es la aplicación práctica del principio general del derecho de que quien puede lo más, puede lo menos: *qui potest plus potest minus*.

El debate científico respecto a si el riesgo puede ser tasado y conjurado de forma eficaz aplicando determinadas medidas y cuáles son estas, o si la coerción hace más útiles las actividades asistenciales para la recuperación, o al contrario las entorpece, quedan disueltas en un magma difuso y sin transcendencia práctica, mientras se refuerzan las prácticas coercitivas incluyendo la medicación impuesta y otras intervenciones de control y monitorización y medidas afines (Monahan, 2011).

Se puede resumir diciendo que la coerción es una práctica habitual en la asistencia actual en Salud Mental, que consiste en administrar tratamientos en contra de la voluntad de quienes los reciben acompañados de otras medidas que limitan su autonomía, basándose en una orientación que pretende disminuir los riesgos de la persona y también de la sociedad, y que habitualmente implica una definición externa del sufrimiento personal.

3. Coerción y clínica en Salud Mental

Otra dimensión en la práctica de la coerción en Salud Mental es la vertiente diagnóstica. Aunque con frecuencia se defiende que el diagnóstico no puede ser el motivador de medidas clínicas coercitivas, lo cierto es que la diferencia la marca a menudo un diagnóstico de esquizofrenia, de psicosis o de otro Trastorno Mental Grave (Jacobsen, 2012; Raboch, 2010). Si el comportamiento de riesgo se produce en una persona no diagnosticada de psicosis tendrá menos posibilidades de que Salud Mental active sobre ella un plan de tratamiento involuntario. No se olvide

que los antipsicóticos son los únicos medicamentos psicotrópicos que pueden administrarse por orden judicial en contra de la voluntad del paciente, algo que ya ocurre en diversos países y programas de tratamiento ambulatorio compulsivo (Pol Yanguas, 2015; Kisely y Campbell, 2014).

El concepto de falta de conciencia de enfermedad, de especial popularidad en el campo asistencial de Salud Mental, se asocia al diagnóstico, tiende a incluirse en el registro psicótico como un síntoma más de la enfermedad, y es un predictor de tratamiento involuntario más potente que la sintomatología y otras variables sociodemográficas (Kelly, Clarke, Browne, McTigue, Kamali, Gervin, et al., 2004). De hecho, se considera el principal indicador a la hora de valorar una posible incapacidad mental (Ventura, Navío, Alvarez y Baón, 2014).

Cuando se analiza retrospectivamente cómo valoran los pacientes una medida coercitiva como la hospitalización involuntaria, las respuestas negativas se correlacionan con el diagnóstico, esquizofrenia, la sintomatología y la falta de conciencia de enfermedad (Priebe, Katsakou, Glöckner, Dembinskas, Fiorillo, et al., 2010). Sucede lo mismo con la coerción informal valorada más positivamente por los pacientes con mayor insight, mientras que la esquizofrenia está asociada con mayores tasas de coerción percibida y una menor equidad en las mismas (Hotzy y Jaeger, 2016).

La falta de conciencia de enfermedad es un concepto transversal que traspasa las orientaciones clínicas, se usa tanto en las orientaciones biologicistas como en las dinámicas, y su eco resuena en todos los dispositivos asistenciales de Salud Mental. Viene a significar que el paciente puede no ser consciente de la naturaleza de su sufrimiento y de las claves para su remediación, por lo que es imposible que pueda valorar su situación de forma correcta, lo que justifica la necesidad de suspender su autonomía. Es un concepto que parte de las psicosis y se asocia a la idea de que los delirios y las alucinaciones no tienen sentido y significado (Berrios y Fuentenebro, 1996), pero encaminan a la persona hacia un cúmulo de errores graves y a veces peligrosos, para sí y los demás. Se extiende a otras condiciones psiquiátricas como los trastornos afectivos, en particular la manía, el retraso mental, el uso de sustancias, la anorexia nerviosa (Candia y Barba, 2011) algunos trastornos de personalidad, e incluso el déficit de atención con hiperactividad y las fobias (Ventura et al. 2014).

El concepto de falta de conciencia de enfermedad contribuye a limitar la autonomía del sujeto, pero también constriñe la orientación clínica que se ve alentada a no hablar del sufrimiento psíquico y emocional desde la perspectiva de quien lo padece, e induce a bloquear junto con los síntomas el propio discurso

del paciente. Más aún, el paciente deja de ser un interlocutor válido que pueda disponer de su propia voz sobre lo que le ocurre y la respuesta asistencial que se le da, ya que se considera que es el propio núcleo de su ser persona el que desfallece, al estar colonizado por la enfermedad, su cerebro enfermo (Amador, 2010; Andreasen, 2003). Orientaciones clínicas en las que se ha llegado a decir que “cuando las visitas de 15 minutos reemplacen a las de 50 estos [los pacientes] las preferirán (...). Las visitas más cortas son una forma más eficiente y económica para tratar a más personas. Muchas veces, 15 minutos son suficientes para que el médico y el paciente hablen de los síntomas y sobre cómo afectan a su vida” (Andreasen, 1984, p. 256-257) pueden propiciar aún más el desencuentro entre el clínico y los servicios de Salud Mental con el paciente. Son minoritarios los abordajes que postulan ayudar al paciente partiendo de la situación en la que se encuentra, que consideran que las experiencias abrumadoras y difíciles de expresar y comprender tanto para el sujeto como para el interlocutor requieren abrir un espacio de comprensión (Seikkula y Arnkill, 2016; Cooke, 2016; Sullivan, 1954).

No necesariamente el rechazo del tratamiento tiene que ver con la falta de conciencia de enfermedad, o con los contenidos de los delirios y las alucinaciones. Los motivos que justifican el rechazo a los antipsicóticos, por ejemplo, pueden ser muy diversos y estar ampliamente justificados, en particular el balance entre su efectividad y sus efectos secundarios, y no ser en absoluto irracionales (Perkins, 1999; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband y Jeste, 2002; Morrison, Hutton, Shiers y Turkington, 2012; Haddad, Brain y Scott, 2014). Lo mismo la solicitud de terapias no medicamentosas, o simplemente la decisión de no acudir a Servicios de Salud Mental o interrumpir en su caso los contactos con ellos (Thornicroft, Rose y Mehta, 2010). Es fácil para los profesionales un deslizamiento lógico desde la incorrecta atribución y descripción de su situación por parte del paciente, a considerar como mala la comprensión del tratamiento que se le propone, y negarse por tanto a aceptar su rechazo, aunque sea solo desde una perspectiva de reducción de daños (Aldridge, 2012). De forma habitual, en la práctica diaria el profesional no necesita demostrar la falta de competencia del paciente para consentir o rechazar un tratamiento, o elegir la ayuda preferida (Lützén, 1998). Los clínicos tienden a identificar el rechazo del tratamiento con la falta de conciencia de enfermedad y la incapacidad mental. Al contrario, no se plantean la capacidad del paciente si este acepta el tratamiento, dando por sentado que la tiene, aunque p.ej. la frecuencia de incapacidad en pacientes psiquiátricos que ingresan voluntariamente se considere notable (Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf, 2007). Seguramente hay pocos mensajes tan descalificadores, invalidantes y

deshumanizadores como el que transmite la falta de conciencia de enfermedad y, a menudo, su contraparte, la psicoeducación.

Finalmente, hay que tener en cuenta que el clínico que interviene en modelos asistenciales públicos fragmentados dispone de una visión parcial y temporal de la evolución del paciente, está sometido a una gestión de tiempos que le lleva a sobrevalorar la eficacia de los tratamientos habituales (Aderhold y Statsny, 2016) y a aproximarse, lo quiera o no, al modelo de consulta ideal de Nancy Andreasen, 1984. Se derivan argumentos del tipo: no es posible otro tipo de tratamiento, sin tratamiento el proceso se reagudizará, informar puede llevar a discusiones sin fin, aumentar la angustia y complicar el tratamiento, sin cierto nivel de coerción no se aceptará el tratamiento, etc. En cualquier caso, es patente en la lectura del trabajo de muchos clínicos (Sanjuán, 2016) la dificultad de contemplar alternativas al tratamiento actual, sobre todo en situaciones de crisis, aun cuando en el escenario asistencial actual en Salud Mental existan muchas experiencias al respecto (Seikkula y Arnkill, 2016; Alanen, 2003; Read y Dillon, 2016).

Determinados diagnósticos y el concepto de falta de conciencia de enfermedad, confluyen en una práctica clínica que no solo limita el principio de autonomía, sino que configura una clínica que tiende a dejar de lado el discurso, los valores y la perspectiva del sujeto. El modelo se describe según una máxima que expuesta de forma crítica rezaría así: “te recuperarás, te guste o no” (Morgan y Felton, 2013).

4. ¿Qué hay en el campo asistencial del trastorno mental que conduce a las prácticas coercitivas?

La historia de la asistencia a los enfermos mentales parece estar en un bucle desde sus inicios, en el que en determinados momentos históricos se valoran los procedimientos clínicos del pasado como dañinos e ineficaces. El encierro y el aislamiento, las sillas rotatorias, las curas con curare, el shock con metrazol, las intervenciones neuroquirúrgicas... se ven actualmente como actividades inadecuadas, cuando no crueles, y muchas de ellas avergüenzan a los profesionales actuales. Ninguno de los procedimientos por los que la psiquiatría obtuvo el premio Nobel, la piroterapia y la leucotomía prefrontal, son recordados actualmente por su efectividad, sino por la crueldad del método.

La mayor parte de los tratamientos actuales, incluidos los de mayor riesgo, se realizan hoy, al igual que ayer, fundamentados en una ética asistencial de la beneficencia, buscando lo mejor para el paciente, liberarle del trastorno, corregir su conducta, o simplemente desde una perspectiva utilitarista, paliativa, de

reducción de riesgos y daños. En esta última línea se llegó en su día a la eutanasia externa (decidida por otro) como una acción compasiva, al entenderse que vivir bajo la locura era una vida que no merecía la pena. Hoy nos sobrecogen casos en los que alguien que cree tener una enfermedad mental incurable, y por ello una vida sin esperanza, solicita y se le concede la ayuda en un suicidio asistido (Diario El Mundo, 2016).

También se registran fines menos altruistas, entre los que proteger al entorno social es el más importante. La esterilización, el impedimento y desaliento a la vida en pareja, la restricción de libertades y derechos civiles, las intervenciones quirúrgicas, el encierro y el aislamiento, son medidas que tenían por objeto proteger a la sociedad. Lo cierto es que los pacientes rara vez tuvieron una información contrastada sobre el procedimiento a considerar, aplicado al margen de su deseo y su opinión (Pressman, 1998). Actualmente no es infrecuente que se siga sin recoger la palabra y los deseos de los pacientes, que no se les facilite la información adecuada y la existencia de alternativas, que tengan ingresos involuntarios, sujeciones físicas, aislamiento o padezcan otras medidas coercitivas, e incluso se ponga en peligro su salud mediante medicaciones crónicas con riesgo de reducir su esperanza de vida y acentuar su discapacidad sociolaboral.

Seguramente la primera razón para ensayar curas atrevidas y asumir los riesgos de las mismas, o imponer un tratamiento como una necesidad imperiosa, se asocia al impacto que la locura produce en las personas que se sitúan en contacto con ella, sean allegados, población general, e incluso profesionales. Estar ante la locura hace que las personas se sientan incómodas, inseguras y se angustien ante una situación que es vivida como impredecible. No se necesita que la persona vista como perturbada haga nada muy especial, basta con que manifieste un discurso incoherente e incomprensible. La no comprensión de lo que el otro dice, la posición ante su discurso extraño, parece ser la razón más importante para querer poner distancia: “la comunicación inadecuada puede provocar o agravar situaciones críticas que contribuyen a las medidas coercitivas” (Gaebel y Zäske, 2011, p. 20-22). En esta línea, algunos de los estudios sociológicos sobre los componentes de la estigmatización indican que una parte de los usuarios de servicios creen que los profesionales les han estigmatizado, y muestran que podría ser posible que entre los profesionales haya actitudes negativas, estigmatizadoras y coercitivas similares o incluso más pronunciadas que en el resto de la población (Gaebel y Zäske, 2011; Stuber, Rocha, Christian, y Link, 2014).

La percepción en la sociedad occidental de que la persona bajo la locura pierde su humanidad y se aliena de la comunidad, puede impulsar la necesidad de

hacer algo, lo que sea, para evitar una pérdida irremediable. Los mitos y fantasmas de la locura y su irracionalidad se ponen en marcha. Cualquier teoría sobre lo que es la locura puede resultar bienvenida y dar paso a las actividades que sugiere. Así se han ensayado la trepanación, las sangrías, aplicar shocks físicos y químicos, cambiar la expresión facial, provocar orgasmos, reeducar desde la disciplina más minuciosa, y otras actividades que hoy consideramos extravagantes.

Las creencias de lo que resulta adecuado o no en el entorno social han ido conformando y modificando los límites de la locura en un momento determinado.

Cuando las sociedades disponen de teorías sobre la locura más integradoras, y no ven a la persona alterada como alguien que pierde su humanidad, sino quizás dentro de un proceso de transformación, sea cual fuera este, se les facilita un espacio social para que desarrollen esa circunstancia sin provocar pavor en su entorno (Geekie y Read, 2012). Seguramente esas actitudes sociales integradoras no provienen de la ciencia, pero lo cierto es que tampoco se necesitó mucha indagación científica para ensayar la lobotomía, la piroterapia, o la extirpación de partes del cuerpo por la presunción de que la enfermedad era provocada por infecciones, o para aceptar la heredabilidad de las enfermedades mentales y esterilizar a miles de individuos.

No es extraño que hoy se vea la historia de la psiquiatría como un lugar de ensayo de las actividades más peregrinas, disparatadas y arriesgadas, asociadas a ideas sin base científica, aplicadas sin la prudencia o las cortapisas que rigen los principios de la práctica médica: *primun non nocere*.

Dos tradiciones explicativas han competido durante años en aportar saber sobre la locura: una es la de vertiente psicosocial y la otra mantiene una posición somática. Muchas escuelas contienen componentes de ambas.

La adscripción simplista a una u otra concepción etiológica puede desplazar la observación rigurosa de las personas afectadas y su relato. Un buen ejemplo es el caso del concepto de depresión endógena. Una vez que el clínico cree que la persona la padece no pregunta más sobre lo que le ha ocurrido, puesto que da por hecho de que su estado existe al margen de su contexto vivencial. Es una idea que suele transmitirse al paciente: esto no tiene que ver con lo que le ha pasado o con su vida, es producto de un cerebro enfermo, un desequilibrio de neurotransmisores que necesita corregirse.

El peso de constructos etiológicos hipotéticos, o incluso especulativos, puede ser determinante a la hora de proponer modelos de intervención. Es el caso de la hipótesis neurotóxica de la psicosis, o la de la duración de la psicosis no tratada (DUP) que se han esgrimido para justificar el tratamiento medicamentoso

involuntario (Anderson et al. 2015) o cambios legislativos que incluyan criterios clínicos, además de los de peligrosidad, para el tratamiento involuntario a pacientes en primeros episodios psicóticos (Nielssen y Large, 2015).

La idea de que la locura es determinada por algún tipo de desajuste somático, y sólo o fundamentalmente por él, y que la intensidad de este desajuste se manifiesta en la intensidad de la locura, lleva a tratar el soma y a soslayar la palabra y la vida del afectado. La asistencia que así se desarrolla puede perder totalmente a la persona, viéndola enferma en su mismo ser persona. Es la visión que trasmite la falta de conciencia de enfermedad atribuida a la persona loca. No ser en sí misma, no darse cuenta de su sinrazón, es simplemente un síntoma de su propia locura.

Aplicar tratamientos somáticos no justificados científicamente, no considerar las opiniones y la colaboración del paciente, y no estimar las necesidades del mismo, son prácticas asistenciales que se reconocen dañinas cuando se ubican en el pasado de la psiquiatría, pero no en el momento actual. Parece haber algo que lo impide en la era de la psiquiatría biológica. Si el tratamiento va bien en algún momento se debe a la intervención somática, al partir de un presupuesto que no admite otra alternativa. En el caso de que vaya mal se puede deber a varios factores. Uno de los más importante es que los pacientes no usan adecuadamente la medicación y la abandonan (Valdes, 2015, p. 20). Se mantiene la creencia de que en las condiciones adecuadas los psicofármacos son capaces de traer beneficios siempre que las circunstancias adversas no lo impidan: tratar demasiado tarde, no seguir las indicaciones médicas de forma adecuada, los consejos y las prácticas incorrectas de quienes no comprenden adecuadamente la enfermedad... Si bajo las mejores condiciones y a pesar de todo no se tiene éxito, siempre es posible atribuir el fracaso a la propia enfermedad que ha progresado de forma especialmente tórpida o incisiva y es “resistente al tratamiento”.

Al final se baraja un cúmulo de razonamientos que impide monitorizar los resultados clínicos de esas intervenciones somáticas, que aumentan y varían su intensidad de forma interminable en una encarnizada lucha contra la colonización de la enfermedad, en la que los procedimientos coercitivos son bienvenidos para asegurar la adherencia al único tipo de tratamiento posible. Pensar que parte de los resultados desfavorables podrían ser el resultado de la terapéutica ensayada es posible, pero el clínico no tiene forma de saberlo dada la impermeabilidad del sistema de pensamiento involucrado en los propios fundamentos de la práctica.

El impacto que la locura y el sufrimiento mental tiene en quienes los padecen, sus allegados y la sociedad en general, la necesidad de hacer algo de forma imperiosa ante ella, las teorías simples en el campo asistencial, en particular

la perspectiva de que la locura proviene únicamente de una enfermedad física a corregir, son factores que pueden llevar a actividades coercitivas.

5. La función social de la asistencia en Salud Mental

Al abordar el tema de la coerción no se debe obviar el asunto central referente a aquello que la sociedad solicita de la asistencia en este campo.

Nuestras sociedades proporcionan espacio y recursos para la formación de profesionales en Salud Mental, y para que estos aborden los problemas del sufrimiento psíquico y los comportamientos asociados al mismo. Se desea que los profesionales ayuden a las personas en esas condiciones de malestar, y la sensibilización social al respecto es suficiente para que numerosas personas se acerquen a este campo atraídas por motivaciones diversas, como el conocimiento o el deseo de ayudar. Rara vez su vocación apunta a actuar como agente coercitivo para restringir la locura y forzar el sanamiento. Incluso la imagen social del campo parece basarse en ideales de comprender a la persona trastornada, de desvelar los misterios de la conducta humana, y de ayudar en la recuperación. De hecho se suele suponer que los especialistas poseen habilidades especiales de reconocimiento de los estados mentales del otro y sus motivaciones y significados.

Pero hay otra dimensión que vincula a los profesionales del campo con las personas con trastornos mentales y la sociedad, la que hace referencia a la irrupción social de conductas irracionales. Cuando una persona dentro de su hogar indica que sus familiares están fingiendo ser quienes no son se provoca un enorme malestar, y cuando alguien brama contra los extraterrestres en un centro comercial ocurre algo parecido. No es necesario que la conducta perturbadora sea violenta. El que sea considerada irracional es suficiente para solicitar la intervención de los profesionales para que se encarguen del caso, y retiren a la persona de la mirada pública. Más imperativo es aún este encargo cuando la conducta es violenta o antisocial. Quienes abogan por el tratamiento obligatorio comunitario “venden” sus supuestos resultados beneficiosos en términos de reducir conductas violentas, engarzando con los temores de la gente a la violencia protagonizada por personas con trastorno mental (Monahan, 2011). Algo similar ocurre con el internamiento involuntario cuando se defiende que su principal objetivo no es la mejoría sintomática o del funcionamiento social del paciente, sino la reducción del riesgo (Giacco y Priebe, 2016).

Es necesario reconocer que, hoy como ayer, la interpelación a hacerse cargo de un muestrario amplio de conductas molestas de todo tipo para que sean retiradas

del espacio público y privado, y atendidas en lugares dirigidos por profesionales de Salud Mental, es un imperativo social a este campo asistencial. Acaba siendo una tarea que ocupa buena parte de la labor de las unidades hospitalarias y dispositivos ambulatorios. Es un área asistencial especialmente conflictiva e incómoda en la que se entrelazan cuestiones éticas y de tratamiento complejas (Kirk, Gomory y Cohen, 2013).

Resolver el problema del impacto de la irracionalidad y retirarla del espacio público y privado, conlleva ejercer algún tipo de coerción y establecer un tratamiento. Mientras que en las alteraciones tipo delincuencia el modelo habitual es el punitivo y reinsertador, en los comportamientos irracionales el modelo es de tipo terapéutico, basado en diagnósticos y tratamientos.

Hacerse cargo de estas situaciones significa acceder a importantes sumas de dinero que el estado dispone para llevar a cabo la gestión del problema. Competir por su reparto es una cuestión prioritaria para los diferentes intereses involucrados, provengan de discursos explicativos o técnicos. Quienes defienden la existencia de una capacidad técnica especial para evaluar riesgos y prevenirlos, estén o no basados en una clínica rigurosa y científica, tienen un mayor predicamento. Citaremos la llegada de ciertas perspectivas asistenciales a las cárceles, como caladeros de pacientes, alentando por ejemplo a instaurar tratamientos para el TDAH o para la psicosis, sugiriendo que el origen de ciertos actos delictivos se debe a trastornos no adecuadamente tratados. Es la misma perspectiva que publicita la administración de antipsicóticos, fuera de indicación clínica, para cierto tipo de pacientes como un mecanismo que ayuda al control y la disminución de conductas agresivas (Kmietowicz, 2013).

No es de extrañar por lo tanto que se dicten leyes que permitan ejercer coerción sobre los pacientes basándose en su molestia social, algo que puede hacer más complicada la alianza clínica que conduzca a la recuperación. El que la evaluación de riesgos no sea una actividad con un nivel de precisión significativa, más allá del caso concreto, y que el tratamiento tampoco resulte lo eficaz que se publicita no son cuestiones importantes, dado que la política asistencial no va a verse confrontada con su eficacia real. Siempre se podrá defender un caso determinado como la excepcionalidad a la buena regla aplicada, a la falta de medios adecuados, o a la virulencia de la enfermedad a atajar.

Esta perspectiva del mandato social influye en buena medida en la promulgación de métodos coercitivos en el campo de la Salud Mental, lo que además presiona a los profesionales a aplicarlos. La legislación puede hacerse eco de determinados protocolos de prevención, y las instancias sociales y jurídicas referirse

a guías de práctica clínica y medidas de contención concretas a practicar ante determinadas circunstancias, para tratar de una forma determinada y evitar riesgos. (Morgan y Felton, 2013). El que la industria farmacéutica y los intereses corporativos se alineen tras los procedimientos obligados (por ejemplo el tratamiento obligatorio, el tratamiento asertivo comunitario, el tratamiento ambulatorio vigilado como medidas alternativas a la presión) no constituye ninguna sorpresa.

Cualquier alternativa asistencial tiene que encontrar una manera de afrontar este tipo de situaciones que surgen de una demanda social cada vez más pronunciada y amplificada, especialmente desde los medios de comunicación en la sección de sucesos.

6. Prácticas coercitivas actuales en la clínica de Salud Mental

En su revisión sistemática sobre la coerción informal Hotzy y Jager (2016) presentan una amplia gama de intervenciones que van desde la autonomía plena hasta la coerción formal, regulada por la ley. El espectro de las medidas coercitivas informales constituye un continuo de fenómenos que van desde las interacciones personales más sutiles hasta manifiestas demostraciones de fuerza. La coerción sutil se ejerce en el contexto de una relación interpersonal próxima e intensa, muchas veces por quienes están más cercanos al paciente, el personal de enfermería, en la que la percepción de la autonomía del paciente es intuitiva y las intervenciones tienen carácter estratégico, utilizando procedimientos de negociación, persuasión y manipulación (Lützén, 1998).

La persuasión y la convicción serían las intervenciones menos problemáticas y más consideradas al respetar el sistema de valores y argumentos del paciente. Se trata de fenómenos muy comunes en la interacción entre pacientes y profesionales, compatibles con una relación terapéutica que busca el consentimiento informado y una toma de decisiones compartidas, e incluso con una relación colaborativa. La persuasión se diferenciaría de la convicción en que esta última apunta al resultado de las propias conclusiones del paciente tras el debate con el profesional, mientras que la persuasión sería la adopción por el paciente de la opinión del profesional.

Ascendiendo en la jerarquía, la noción de la “presión profesional” se concreta en una relación terapéutica más asimétrica, en la que se producen una serie de intervenciones con fines prácticos basadas en la dependencia del paciente al experto. El clínico expresa verbal o no verbalmente sus expectativas o demuestra su decepción. El paciente está tentado a reaccionar de una manera que complacerá al clínico (Hotzy y Jager, 2016).

Una forma más fáctica de presión es el uso de incentivos en el contexto de una negociación en la que se pide al paciente que cumpla con el tratamiento a cambio de ciertas ventajas que el paciente desea. Monahan distingue como principales “palancas o potenciadores” en los USA el dinero, percibido a veces por las agencias públicas como “su dinero”, en un intercambio de “Vd. está recibiendo ayudas económicas por sus problemas de salud mental. La administración le requiere que acuda a los Servicios de Salud Mental para mejorar su salud”, el alojamiento, a veces a instancias del propio casero, la prisión y la hospitalización. En los USA también se utilizan otras palancas favorecedoras de la adhesión al tratamiento ambulatorio como la custodia de los hijos, la presión académica en los universitarios, las licencias en ciertas profesiones (médicos, abogados, pilotos de avión...), y el empleo (Monahan, 2011).

En este contexto se da una transición fluida desde la oferta, algo que recibe el paciente añadido al tratamiento habitual o a sus derechos básicos, y la amenaza, cuando se le retira un derecho básico o un cuidado estándar (Hotzy y Jager, 2016).

Aunque algunos ven en el tratamiento obligatorio comunitario –un juez requiere a la persona a que se adhiera al tratamiento bajo amenaza de ser hospitalizado en caso de incumplirlo– simplemente una forma “diluida” de hospitalización psiquiátrica, se la puede considerar como una gama creciente de instrumentos legales en el que la Justicia y las agencias de Bienestar Social son utilizadas para asegurar el tratamiento facilitado por los servicios de Salud Mental. Incluso en ausencia de una orden judicial formal las personas con trastorno mental pueden llegar a aceptar un tratamiento ambulatorio con objeto de evitar una orden de internamiento involuntario o de entrada en prisión (Monahan, 2011).

El ingreso involuntario es una de las medidas más relevantes de coerción, por lo que significa por sí mismo, por su frecuencia y porque, como recogen Raboch et al. (2010), es un predictor del “uso intensivo de intervenciones coercitivas y altos niveles de contención y aislamiento”. Hay diversidad en los países europeos respecto a sus modalidades, que en general apuntan a situaciones de intervención de urgencia, posteriormente sancionada por un juez, como en España, y por orden judicial directa. En cualquiera de las dos el paciente puede llegar a creer que no puede tomar decisiones y que, una vez que el juez intervino en el internamiento, debe seguir sometido a las indicaciones clínicas. No raramente se le deja creer eso sino que con frecuencia se actúa como si así fuera, como si el clínico tuviera la potestad de imponer el tratamiento y la sucesión de ingresos en Hospital de Día, Rehabilitación, etc. Es posible que no se le informe de los derechos que le asisten o simplemente no se le facilite su ejecución.

Steinert (2016) considera que la amplia gama de intervenciones coercitivas durante el ingreso hospitalario obedece a 4 tipos básicos: la terapia mediante coerción (antipsicóticos, TEC, procedimientos de coerción indirecta), el uso de medidas terapéuticas sin un objetivo primario terapéutico (contención química, TEC), la separación (unidades con puertas cerradas, aislamiento, aislamiento en áreas amplias, ubicación en zonas alejadas) y la contención mecánica (correas, contención física o “holding”, camisas de fuerza, camas y sillas de ruedas con barrotes u otros aparatos para personas con demencia y retraso mental, camas nido, envoltorios húmedos). Toda esta amplia gama de prácticas, incluida la confiscación de la ropa y objetos personales, bordean la violación de los derechos humanos (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin, Maguire, 2017). También la coerción informal o indirecta se utiliza en medio hospitalario, con “palancas” propias como pueden ser restricciones diversas, como el tabaco, los paseos, los permisos de fin de semana... La amenaza implícita es la de pasar a otras formas de coerción (Steinert, 2016).

En el estudio europeo EUNOMIA –European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project– un estudio prospectivo europeo transnacional y multicéntrico, financiado por la Comisión Europea y realizado en 13 centros de 11 países europeos, incluido España con dos centros, el Clínico de Granada y el Carlos Haya de Málaga, e Israel (Kallert, Glöckner, Onchev, Raboch, Karastergiou, Solomon, et al. (2005), las medidas coercitivas en el entorno hospitalario se definen como sigue: Aislamiento es mantener involuntariamente a una persona sola en una habitación cerrada, a veces especialmente preparada para este objeto. Contención es la sujeción de al menos un miembro del paciente a un dispositivo mecánico o bien el ser sujetado por una o más personas del equipo durante más de 15 minutos. La medicación forzosa se refiere a actividades que se valen de la contención física o de una fuerte presión psicológica (que implique al menos a tres miembros del equipo) para administrar medicación en contra de la voluntad del paciente. (Raboch et al., 2010).

Según EUNOMIA las razones más frecuentes para utilizar medidas coercitivas –se podía facilitar más de una en la encuesta– son la heteroagresividad (59%), el riesgo para la salud del paciente (27%), la autoagresividad (22%), la agresividad contra objetos (24%), la prevención de fugas (13%), y la incapacidad para cuidar de uno mismo (11%). Solo en los dispositivos del Reino Unido el personal de enfermería ordenaba con mayor frecuencia que los médicos las medidas coercitivas (59% vs. 40%). En general la orden se recogía por escrito, aunque en el Reino Unido una orden verbal era suficiente en un 28% de los casos y

en Italia en un 48%. En general se informaba a casi todos los pacientes del motivo (98%) y del tipo de medida coercitiva utilizada (96%) (Raboch et al., 2010).

Esta última varía mucho según la tradición de cada país. Algunas que se consideran menos restrictivas en ciertos países europeos se consideran inhumanas e inaceptables en otros. El aislamiento está prohibido en Dinamarca, la contención mecánica en el Reino Unido y en parte de Suiza. En los países escandinavos se practica el “schaerming”, es decir, el aislamiento en un área abierta en la que los pacientes están acompañados por el staff, lo que no sucede en los procedimientos de aislamiento ordinarios. Las camas con red o camas jaula que se utilizan en regiones de Austria y en los países del Este de Europa se rechazan rotundamente en la mayor parte del resto. Envolver pacientes agitados en paños húmedos y calientes es una técnica tradicional que sigue utilizándose en Suiza y Holanda. El tratamiento medicamentoso obligatorio se utiliza como último recurso en algunos países y como primera elección en otros (Steinert, 2016). Existen países donde la medicación forzosa solo está autorizada en episodios agudos, Francia y Holanda. La contención mediante la fuerza humana, holding, puede utilizarse de dos formas, durante la administración forzosa de la medicación, o a más largo plazo para calmar al paciente. En algunos países se piensa que la contención física a largo plazo puede ser más intrusiva para el paciente que la contención mecánica y el aislamiento. Hay países que consideran el time-out y la observación constante tipo “schaerming” prácticas coercitivas y otras buenas prácticas. Estas diferencias existen incluso entre países vecinos y sociológicamente similares como Noruega y Dinamarca (Bak y Aggeraas, 2012) y parecen sujetas a cambios y modas. Holanda y Alemania con una legislación y tasas similares de hospitalizaciones involuntarias por 100.000 habitantes tienen tradiciones diferentes. En Holanda el aislamiento se consideró la intervención preferida durante años, mientras que el uso de medicación forzosa se desaprobaba por ser innecesariamente invasiva. “Al constatar que el número y duración del aislamiento así como el número de incidentes agresivos en las admisiones eran mayores que en otros países europeos, las actitudes han cambiado en los últimos años reduciéndose el uso del aislamiento y facilitándose el de la medicación” (Steinert, Noorthoorn y Mulder, 2014). En Alemania, donde tradicionalmente la medicación obligatoria era muy común y se prefería la contención mecánica al aislamiento, desde 2013, y tras una decisión del Tribunal Constitucional de 2011 con fuerte repercusión sobre la legislación, actitudes y práctica clínica, la medicación forzosa se percibe actualmente como muy invasiva y de último recurso, mientras que ha aumentado el número de aislamientos y contenciones mecánicas (Steinert et al., 2014).

Los autores no aciertan a encontrar motivos claros que expliquen estas diferencias, que parecen extenderse a regiones sanitarias dentro de un mismo país, a dispositivos concretos dentro de la misma región, e incluso a unidades diferentes pertenecientes al mismo hospital, postulándose un “efecto centro” en el que factores locales y la tradición son muy influyentes sobre la frecuencia de uso y la elección de modalidades concretas de contención (Jacobsen, 2012). Lo decisivo parece ser la tradición de cada país, cada región y cada unidad en concreto, y no las variables clínicas del paciente, ni tampoco las organizativas generales del sistema de salud mental o la legislación al respecto (Raboch et al., 2010).

Puede pensarse que los medios materiales y humanos de las unidades sean factores a tener muy en cuenta en este “efecto centro”. Por ejemplo, en muchos países el aislamiento es poco frecuente porque no existen habitaciones preparadas para ello, mientras que en otros como Holanda donde el aislamiento se vive como una alternativa menos restrictiva sí que las hay y bien condicionadas (Steinert et al., 2014). Sin embargo, en un estudio integrado dentro de EUNOMIA no se detecta correlación entre el tamaño de las unidades (desde 13 camas en Italia a 50 en Grecia) el número de personas por habitación (desde 1,2 camas en Suecia a 8 en Lituania) y el ratio personal/paciente medido en horas trabajadas por todo el staff (desde 19,9 horas/semana/cama en Bulgaria a 77,2 en Italia) con la frecuencia de las prácticas coercitivas (Kalisova, Raboch, Nawka, Sampogna, Cihal et al., 2014). En su estudio sobre las diferencias en la práctica de aislamiento en 29 unidades de agudos holandesas, Janssen, Noorthoorn, Nijman, Bowers, Hoogendoorn et al. (2013) sí encuentran que el número de horas pasadas en aislamiento depende casi tanto del tamaño de la unidad, más horas en unidades más pequeñas algo que los autores consideran contraintuitivo, como de las características de los pacientes. No obstante, el impacto de estos factores es pequeño y no explica la mayor parte de la variabilidad entre las unidades. Los autores piensan que los temas claves en la reducción del aislamiento son la política asistencial de cada unidad y el personal adecuado, en número y formación “sobre todo en las unidades pequeñas” (Janssen et al., 2013). Los recursos humanos y su organización, aspectos como los diversos liderazgos que se ejercen sobre el equipo, la dinámica del equipo y su impacto sobre la estructuración de la unidad, el posible burnout general y el específico respecto a los pacientes difíciles parecen cruciales (Bowers, Nijman, Simpson y Jones, 2011).

Un caso especial es el de los pacientes psiquiátricos en régimen penitenciario, tanto en términos del tipo de interno como el marco en el que se opera, donde la coerción forma parte integral de la práctica. “Tristemente, las personas en

el sistema penitenciario reciben en general servicios menos humanos que los pacientes civiles. (...). Los estudios acerca de dispositivos penitenciarios refieren, machaconamente, historias de malos tratos, ausencia de tratamiento, violaciones generales de derechos civiles y constitucionales y abusos” (Völm y Nedopi, 2016). El tratamiento involuntario en pacientes psiquiátricos penitenciarios viene matizado en términos generales por el hecho de que se trata de personas que ya están privadas de libertad, un hecho que influye fuertemente sobre su conformidad y dificulta el consentimiento informado (Girela, López, Ortega, De-Juan, Ruiz, F., Bosch. J.I. et al. 2014).

7. Frecuencia de las prácticas coercitivas

No existe un corpus sólido de datos empíricos respecto a la frecuencia de las medidas coercitivas (Kallert et al., 2011).

Según la revisión sistemática de Hotzy y Jaeger (2016) la coerción informal varía entre el 29% y el 59 % de los pacientes totales en los dispositivos de salud mental según países. Las tasas más bajas se producen en Suiza y las más altas en los Estados Unidos. Los potenciadores usados con mayor frecuencia son el alojamiento, entre el 15 al 40% de los pacientes, el financiero, 2%-30%, el empleo, 2%-10% en los USA, la custodia de los hijos entre el 3% al 8%, mientras que los instrumentos legales oscilarían entre el 11% y el 23 %. Las presiones proceden fundamentalmente de los servicios de salud, donde tienen carácter estructural, seguidos por la familia y los amigos.

En un estudio multicéntrico americano de 2005 de tratamiento ambulatorio ordinario, aproximadamente la mitad de los pacientes –del 44% al 59%, media de 51%- padecieron a lo largo de su tratamiento al menos una medida coercitiva, y una cuarta parte dos. Se trataba de seguir el tratamiento para obtener un alojamiento (32%), evitar ingresar en prisión (23%), evitar la hospitalización (15%), y mantener ayudas asociadas a la discapacidad (12%) (Monahan, Redlich, Swanson, Robbins, Appelbaum et al. 2005).

El tratamiento obligatorio comunitario está en rápida expansión en las últimas décadas. Se adoptó en Australia en 1969, en Israel en 1991, Nueva Zelanda en 1992, en Nueva York en 1999 seguido por otros estados americanos, Ontario en Canadá en 2000, en Escocia en 2005, y en Inglaterra, Gales, Taiwán y Suecia en 2008 (Monahan, 2011). Actualmente se extiende a más de 30 países en el mundo, incluyendo a países asiáticos como Taiwán, China, y Hong Kong, y africanos como Uganda. También ha aumentado la frecuencia de su uso, p.ej. un 32% en

Inglaterra y Gales desde su introducción en 2008 (Kaur Nagra, Pillinger, Prata-Ribeiro, Khazaal y Molodynski, 2016).

Un estudio epidemiológico acerca de ingresos involuntarios, impulsado por la Comisión Europea en 2004 utilizando datos de registros oficiales, encontró enormes dificultades porque no existían agencias centrales responsables de recogerlos, o simplemente no se registraban, como era el caso de Grecia y España. Según datos recogidos entre 1998 y 2000, entre el 3% (Portugal) y el 30% (Suecia) de los ingresos psiquiátricos eran involuntarios. La tasa por 100.000 habitantes oscilaba entre el 6 (Portugal) y el 218 (Finlandia) (Salize y Dressing, 2004).

En un estudio epidemiológico posterior, comparativo entre Dinamarca y otros 10 países europeos, con datos entre 1999 y 2010, el número de ingresos involuntarios sobre 100.000 habitantes oscilaba entre 31 (Italia) y 218 (Finlandia) (Bak y Aggernæs, 2012).

Una revisión sistemática reciente indica que no hay datos actualizados disponibles para la mayoría de países, pero en varios europeos la tendencia es al alza, como en Bélgica, Holanda e Inglaterra, aunque no estén claras las razones para ello (de Jong, Kamperman, Oorschot, Priebe, Bramer, van de Sande, et al. 2016)

Respecto a medidas coercitivas hospitalarias, en una revisión bibliográfica el equipo de Steinert recoge informes de países en los que se han publicado estudios multicéntricos (8 europeos, entre ellos España, Japón y Nueva Zelanda). Se recogen datos básicamente del uso del aislamiento y de la contención. En el total de ingresos, entre el 3% (Noruega) y el 16% (Nueva Zelanda) sufrieron este tipo de intervención coercitiva, que en la mayoría de países gira en torno al 10%. Se detectaron diferencias considerables en la duración de estas medidas con casos que llegan a las 6 horas en Alemania, 40 en Suiza, cerca de 3 días en Japón, y 16 días en Holanda (solo aislamiento). La contención física en el Reino Unido rara vez superaba los 20 minutos. La diferencia principal en la forma de entender la contención en el Reino Unido por una parte y el resto de países por otra era que en el Reino Unido se utilizaba solo la contención física mediante medios humanos. En el resto de países contención significaba contención mecánica con objeto no necesariamente de manejar la conducta agresiva, sino también prevenir las caídas en personas mayores. La contención física fuera del Reino Unido se utilizaba en una proporción desconocida con carácter previo a la contención mecánica (Steinert, Lepping, Bernhardsgrütter, Conca, Hatling et al., 2010).

Según EUNOMIA, de una cohorte de pacientes ingresados involuntariamente se recogen incidentes de medidas coercitivas en un 38% de pacientes durante

las cuatro primeras semanas del ingreso. La medicación forzosa fue la más frecuentemente usada (56%), seguida por la contención mecánica o física (36%), y el aislamiento (8%). Cambia mucho de unos países a otros. Los dos centros españoles participantes se encuentran en la media general. Hay países donde solo se aplica una medida por paciente, otros donde se aplican frecuentemente dos o más, entre ellos España (Raboch et al., 2010).

En el estudio de Bak y Aggernæs, la contención mecánica por 100.000 habitantes oscilaba entre 0 (Reino Unido) hasta 70 (Suecia), el aislamiento de 0 (Dinamarca) hasta 43 (Finlandia), la restricción física o holding de 0 (Suecia) hasta 18 (Dinamarca). Llamaba la atención el número de países respecto a lo que no existían datos (entre 4 a 5 según procedimientos) (Bak y Aggernæs, 2012)

Se han detectado diferencias de género a la hora de aplicar medidas coercitivas. Un estudio con datos de EUNOMIA encuentra que se utiliza más frecuentemente la medicación forzosa en mujeres y la contención física y el aislamiento en hombres (contención física más del doble que en mujeres, aislamiento ocho veces más, salvo en Inglaterra donde se las aislaba con más frecuencia pero menos tiempo que los hombres). Los autores hipotetizan que se debe a modelos de conductas agresivas diferentes, agresividad de baja intensidad más frecuente en mujeres, y conductas agresivas más graves en hombres, junto con factores culturales. El equipo se sentía más amenazado por las conductas agresivas de los hombres que por las de las mujeres, y consideraban más inmediato y seguro el utilizar medidas físicas. Los autores apuntan a un umbral más alto utilizado para las mujeres a la hora de utilizar medidas coercitivas, aunque la frecuencia de conductas agresivas fuera mayor en mujeres (Nawka, Kalisova, Raboch, Giacco, Cihal, Onchev et al. 2013)

En España y dentro del estudio EUNOMIA, Mayoral et al., informan haber enviado en 2007 un cuestionario a las autoridades de las 17 comunidades autónomas españolas para recoger datos acerca de las hospitalizaciones involuntarias. Solo respondieron 7. La frecuencia de las hospitalizaciones involuntarias y de la contención mecánica, esta última no regulada por ley, variaba mucho de una comunidad a otra. El motivo principal para la contención mecánica era “evitar riesgos para el paciente y para otros”, la orden la daban sobre todo los psiquiatras (48%) y la duración variaba entre 8 y 72 horas (Mayoral, Torres-González, Hernández y Barrios, 2007). En el mismo estudio, de los cuestionarios enviados a las UHP (198) sobre existencia y grado de cumplimiento de protocolos específicos contestó un 28%. Existían protocolos para los ingresos involuntarios (71,2%) medidas de coerción mecánica (88,5%) aislamiento (38,5%) y agitación

psicomotriz (44,2%). Su cumplimiento se estimaba en un 65,3%, 77,0%, 30,8%, 33,3%. En ningún documento se definía qué se consideraba medida coercitiva, pero en los protocolos se mencionaba la sujeción (contención) mecánica, 82%, la sujeción física, 20%, terapia electroconvulsiva (TEC), 18%, la “inmovilización terapéutica”, 20%, el ingreso Involuntario, 72%, el ingreso involuntario + contención mecánica, 64%, el aislamiento, 32%, y la medicación forzada, 20%. La sujeción del paciente mediante elementos mecánicos (generalmente correas atadas a la cama), designada como tal sujeción, contención o inmovilización, era la medida de coerción más empleada, 94 % (GAISAM, 2010).

En el estudio multicéntrico español de pacientes ingresados en dos hospitales psiquiátricos penitenciarios y tres prisiones, utilizando un cuestionario similar al de EUNOMIA, no se ofrecen datos sobre la frecuencia de su uso porque no se recogieron todos los episodios. Sí se indica el tipo de medidas utilizadas en los episodios observados por los investigadores que fueron el aislamiento (41,3%), la contención mecánica (33,17%), y la medicación forzada (25,48%). En la mayor parte de los casos (87%) la medida principal fue precedida o acompañada por otras: cambio de celda o de unidad (57,42%), régimen de aislamiento (30,62%), inmovilización (13,4%), y medicación forzada (31,58%). En un 15,31% de los casos se utilizó el set total de medidas (Girela et al., 2014).

8. Percepción y actitudes ante la práctica coercitiva

Dice Anderson que “se piensa habitualmente que la coerción conlleva implicaciones graves, incluido el menoscabo de la libertad y la responsabilidad del agente que la padece y que se considera, en esa medida, algo o malo o contrario a la ley. Con todo, pocos creen que esté siempre injustificada” (Anderson, 2015). No hay motivos para afirmar que no sea esta la percepción de partida del profesional de Salud Mental: “La mayor parte de personas con problemas mentales o trastornos de conducta pueden ser tratados de forma voluntaria con éxito, pero para una minoría no es posible por falta de conciencia de enfermedad o rasgos de conducta antisociales (...). En estos casos, el uso de la coerción es un último recurso para proteger al paciente y a otras personas, un punto de vista compartido en el fondo en todo el mundo” (Steinert, 2016).

No obstante y como se ha visto, la frecuencia de su utilización en Salud Mental en personas ingresadas que reciben cierto tipo de diagnósticos, o que se encuentran en situaciones de desbordamiento emocional y conductual (Raboch et al., 2010), y su práctica extendida ambulatoriamente según un continuo de una

gama de procedimientos que va desde el tratamiento obligatorio (Monahan, 2011) a la coerción informal, esta última remarcablemente ubicua en cualquier tipo de dispositivo y formato de tratamiento (Hotzy y Jaeger, 2016), obliga a pensar en cierta desensibilización basada en el acostumbramiento. Parece que hubiera un principio clínico que dijera que en Salud Mental para tratar es necesario vencer la reticencia de un tipo de paciente muy difícil de convencer.

Desde esta perspectiva el escuchar la voz de la persona cuando define su propio sufrimiento y expresa sus deseos puede considerarse como algo superfluo, que solo puede alimentar más la expresión de la enfermedad. No rara vez las reflexiones bioéticas soslayan el valor de la definición personal del sufrimiento y su significado, y se limitan a considerar la evaluación de las capacidades del paciente para consentir. Partiendo de la necesidad de cierto tipo de tratamiento imprescindible, solo se contempla una toma de decisiones compartida limitada a las opciones adecuadas (Ventura et al., 2014; Ramos Pozón y Román Maestre, 2014; Villagrán, Lara Ruiz-Granados y González- Saiz, 2014).

Respecto a actitudes y estilos comunicativos, tanto profesionales como usuarios defienden valores como la honestidad y la transparencia, la confianza y la paciencia, el respeto y el buen trato, la información y el feedback, la participación activa del paciente durante la consulta, el que este obtenga información y pueda preparar la consulta, y que posteriormente se cumpla lo acordado. (Hamann, Kohl, McCabe, Bühner, Mendel, Albus et al. 2016). La toma de decisiones conjunta es bien vista por los profesionales en pacientes “bien informados y cumplidores”, en temas como la elección del medicamento, incluidos antipsicóticos, psicoterapia, o asuntos de tipo laboral o social. Su frecuencia varía de unos profesionales a otros, es mayor en profesionales femeninos, y no está relacionado con variables sociodemográficas o diagnósticos, pero sí con la sintomatología, en especial la sintomatología psicótica negativa (McCabe, Khanom, Bailey y Priebe, 2013). No obstante, los profesionales favorablemente predispuestos a la toma conjunta de decisiones la rechazan cuando se trata de decisiones nucleares, desde su punto de vista, como pueden ser los procedimientos diagnósticos, la toma de medicación antipsicótica y dosis, la hospitalización, o asuntos legales como la custodia y la tutela. Actúan, en consecuencia, muy frecuentemente, de forma paternalista o aplicando medidas coercitivas de diverso rango según el diagnóstico y su apreciación de la naturaleza e intensidad de la psicopatología (Hamann, Mendel, Cohen, Heres, Ziegler M, Bühner et al. 2009). Algo parecido sucede en el campo de las voluntades anticipadas, que muchos psiquiatras perciben de forma peyorativa, tal vez porque su primera formulación (Szasz, 1982) se hizo

en términos de instrumento de defensa del paciente contra el poder médico y sus excesos, “reales o supuestos” (Maître, Debien, Nicaise, Wyngaerden, Le Galudec, Genest, et al 2013).

Es obvio que muchos usuarios no comparten esta forma de ver las cosas. Resulta revelador que el movimiento organizado de usuarios llame supervivientes a quienes han conseguido desvincularse de estas prácticas. Lo que estos movimientos ponen encima de la mesa en el debate respecto a la asistencia en Salud Mental es un relato de daños basados en el estigma inducido por los profesionales, la desconfianza y el resentimiento ante el sistema asistencial, y el trauma derivado de su sentimiento de humillación y atropello (Kallert et al., 2011; Coles, Keenan y Diamond, 2013; Read y Dillon, 2016). Es un fenómeno tan desconocido en otras áreas sanitarias y disciplinas médicas que llega a despertar el asombro de ciertos observadores, como p.ej. el de una persona del European Brain Council que pasó de representar a pacientes con Enfermedad de Parkinson –relaciones positivas paciente-clínico– al mundo de Salud Mental que es “totalmente diferente, en el que algunos líderes de pacientes tenían en mala consideración a los médicos debido a sus tratamientos pasados, ya que algunos padecieron electroshock y otros habían sido contenidos. La relación médico-paciente [en esta área] no es una en la que se debate y se llega a acuerdos. Es una batalla” (Baker, 2014, p. 12).

Se trata frecuentemente de actitudes que responden a las medidas coercitivas ya señaladas, ingresos involuntarios, sujeción física, aislamiento, o a determinados tipos de tratamiento, psicofármacos, TEC, aunque la preocupación central en los informes de usuarios de servicios de Salud Mental es la deshumanización, el que se les hable como si fueran niños, que se les excluya de la toma de decisiones, y se asuma su incapacidad de tomar decisiones que afectan a sus propias vidas. Otros temas recurrentes son la insuficiente información acerca de su situación y opciones terapéuticas y el sentimiento de que detrás de las entrevistas con el staff psiquiátrico se perfila tácitamente una amenaza de coerción (Thornicroft et al., 2010). Un estudio Delphi sobre la recuperación en expertos por experiencia recoge entre los ítems que identifican la recuperación el proceso de recobrar el control sobre la vida de uno mismo, y entre los que la dificultan el que los profesionales no acepten que su forma de ver las cosas no es la única posible (Law y Morrison, 2014).

La brecha entre las perspectivas de profesionales y usuarios también se produce en el caso de las medidas de coerción informales. En general la coerción informal está entrelazada con la relación terapéutica y muchas veces se aplica inadvertida e involuntariamente por los clínicos que tienden a subestimarla. Cuando no es así, los profesionales las consideran un método justificable para alcanzar

sus objetivos. Hay estudios que apuntan a que las intervenciones informales más duras se aceptan peor por los profesionales de Salud Mental y que algunos afirman que se ven presionados a utilizarlas (Hotzy y Jaeger, 2016).

La intensidad de la coerción informal percibida por el paciente tiene que ver con diversos aspectos, como son la transparencia, la equidad, la dignidad, la confianza y la calidad de la alianza terapéutica. En general la coerción percibida es menor cuando la relación entre el paciente y el clínico es buena y el paciente tiene el sentimiento de que se ha escuchado su voz. No es fácil determinar si la intervención será percibida como coercitiva por determinado paciente, por lo que conviene considerar y valorar de forma rutinaria la coerción percibida (Newton-Howes y Mullen, 2011). Solo entre el 21% y el 34% de los pacientes las consideran útiles y apropiadas. Respecto al tipo de presión utilizada, la justicia es la más aprobada y aquella en la que se utiliza a los hijos como palanca la menos (Hotzy y Jaeger, 2016).

Existen diferencias importantes en la percepción de las medidas coercitivas en ámbito hospitalario según los países. Su percepción por los profesionales, tanto en general como en las medidas utilizadas en concreto, va de la mano de la frecuencia de su utilización. Según un estudio de Bowers et al. (2007) la aprobación es menor en el Reino Unido, mayor en Finlandia, e intermedia en Holanda. Se aprueban más las intervenciones más utilizadas, con alguna excepción como el uso de medicación obligatoria, legislada de forma muy diferente en Holanda y en Reino Unido y percibida de manera similar en ambos. Las preferencias por los diversos tipos de intervenciones coercitivas viene determinada por lo que los profesionales consideran más seguro para los pacientes, eficaz en evitar que lastimen a otros y que los tranquilicen rápidamente (Bowers, van der Werf, Vokkolainen, Muir-Cochrane, Allan y Alexander, 2007).

En el estudio danés de medidas coercitivas en ámbito hospitalario, se pidió a los profesionales que clasificaran las medidas coercitivas de 1 (la menos intrusiva) a 8 (la más intrusiva). Las respuestas varían de un país a otro. Hay países que valoran como lo más intrusivo la medicación forzosa a largo plazo (Noruega), la medicación forzosa a corto plazo (Bélgica), la contención mecánica (Finlandia, Islandia y Francia), el aislamiento (Reino Unido), la restricción física/holding (Holanda), y la contención mecánica ambulatoria (Suecia, Dinamarca e Islandia). Las respuestas en los países que utilizan tanto el aislamiento como la contención mecánica consideran más intrusiva esta última. Una mayoría de países (cinco) consideran la contención mecánica en alguna de sus formas como la medida coercitiva más intrusiva. Los partidarios

de la contención mecánica frente al aislamiento argumentan el uso masivo de medicación previa al aislamiento para calmar al paciente. No se recoge la opinión de los usuarios (Bak y Aggernæs, 2012).

El grupo EUNOMIA también evaluó la percepción retrospectiva de los pacientes respecto a su ingreso involuntario. Se les preguntó al mes y a los tres meses de su ingreso si lo consideraban correcto o no. Al mes del ingreso, entre el 39 y el 71% consideraban que fue correcto. A los tres meses, un periodo en el que probablemente se había superado la fase aguda que justificó el ingreso, entre el 46 y el 86% lo consideraban correcto. Los autores señalan que hay una proporción sustancial de pacientes que no aprueban retrospectivamente el ingreso involuntario, lo que arroja una perspectiva crítica sobre su justificación ética, pero “que el 63% como media lo consideren correcto a los tres meses es un hallazgo tranquilizador para los clínicos, los pacientes y sus familias” (Priebe et al., 2010). La mejoría en el funcionamiento global y en los síntomas positivos estaba correlacionada con la disminución de la coerción percibida a los 3 meses (Fiorillo, Giacco, De Rosa, Kallert, Katsakou, et al., 2012). EUNOMIA no evaluó la diferente percepción sobre la contención física, aislamiento y medicación forzosa.

Esto lo hizo un estudio alemán de 2006 controlado y aleatorio en el que se comparó la percepción del aislamiento (en habitación cerrada, con observación a través de una ventanilla cada 10 o 15 minutos) con la contención mecánica (de cinco puntos, monitorizando al paciente al menos durante 15 minutos cada hora de contención). No se estudió separadamente la contención química porque se administraba frecuentemente junto con el aislamiento y la contención. Se entrevistó a los pacientes a las cuatro semanas de la intervención, utilizando como medida principal un cuestionario basado en derechos humanos. No se encontraron diferencias en la percepción de los pacientes sujetos al aislamiento y los sujetos a la contención mecánica y sí un alto grado de estrés subjetivo en ambos grupos, con altos niveles de sentimientos de impotencia, vergüenza, humillación y miedo a morir, sobre todo cuando coexistían experiencias psicóticas. El ensayo tuvo que interrumpirse al exigir la autoridad regulatoria, el Ministerio alemán de Bienestar Social en aplicación de una recomendación del Comité Europeo de Prevención de la Tortura, que la monitorización en la contención mecánica fuera continua (Bergk, Einsiedler, Flammer y Steinert, 2011). En una entrevista posterior, 18 meses más tarde, los pacientes sometidos a contención mecánica indicaban niveles de estrés significativamente más altos. La evaluación del aislamiento permaneció estable mientras que el impacto negativo de la contención mecánica se incrementó con el tiempo. Entre uno y dos tercios de los pacientes refirieron sentimientos como

impotencia, tensión, estar a merced de terceros, rabia, miedo, desesperación, ansiedad, horror y vergüenza. Los pacientes relatan que lo que más les alivió durante la experiencia coercitiva fue el contacto interpersonal establecido por las visitas del equipo a intervalos regulares, y el tener cerca sus objetos personales (Steinert, Birk, Flammer y Bergk, 2013).

Un estudio holandés posterior (2007-2010) compara la percepción de 125 pacientes respecto a la medicación involuntaria, la contención mecánica, el aislamiento, y la combinación entre medicación involuntaria y aislamiento, y aislamiento y contención mecánica, en el debriefing inmediatamente posterior a su aplicación. La medicación involuntaria fue la que registró menores niveles de coerción experimentada, humillación y sentimiento de separación. El aislamiento más la contención mecánica los mayores. Las medidas combinadas generaron mayor nivel de estrés que las aisladas. Los autores concluyen que “en ausencia de información acerca de las preferencias de los pacientes” la medicación involuntaria debería ser la primera elección y la combinación entre aislamiento y contención mecánica la última (Georgieva, Mulder y Whittington, 2012).

Se han detectado diferencias relacionadas con la edad y el género. En un estudio noruego los hombres jóvenes preferían la contención física y los mayores el aislamiento, respecto a la medicación forzosa. Sin embargo las mujeres preferían la medicación forzosa. En un estudio holandés se hicieron hallazgos similares (Nawka et al. 2013). En general las mujeres informan que perciben de forma más gravosa las intervenciones coercitivas que los hombres (Georgieva et al. 2012). Se ha hipotetizado que es el reflejo de una mayor reactividad emocional y menor tolerancia a estímulos dolorosos lo que habría que tener en cuenta a la hora de elaborar guías y protocolos (Nawka et al. 2013).

En el estudio español de Girela et al. (2014) sobre pacientes psiquiátricos penitenciarios se señala una percepción de los internos bastante coincidente con la de los profesionales sanitarios. La de los internos no era especialmente negativa, “teniendo en cuenta que no solo sufrieron medidas coercitivas sino que estaban ingresados en un centro penitenciario en contra de su voluntad”. La mayor parte de los pacientes observados ya habían sido objeto en el pasado de medidas coercitivas (63,64%) la mitad de ellos en más de una ocasión.

Un estudio cualitativo español utilizando la técnica de Grupos Focales llevados a cabo con internos y funcionarios del Centro Penitenciario de Granada y del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante detecta discrepancias entre profesionales sanitarios y las personas internas respecto a la medicación forzosa. Mientras los profesionales defienden su utilidad y necesidad, los pacientes ni la

entienden ni la aceptan, prefiriendo en muchos casos la contención mecánica. Los autores piensan que se debe a que “las medidas de contención mecánica son puntuales y además se hacen cada vez menos, mientras que el uso continuado de medicación (incluso contra su voluntad) es algo que les afecta todos los días”. Los profesionales justifican la utilización continuada del tratamiento farmacológico por la existencia de brotes psicóticos y episodios de auto o heteroagresión, y también como forma de evitar las peleas y agresiones físicas y otras medidas más drásticas como el aislamiento o la sujeción física del paciente. No obstante entre los profesionales “a pesar de esa opinión mayoritaria, incluso hay quienes pensaban que había un exceso de prescripciones farmacológicas” (Runte-Geidel, Girela, López, Ruiz, Torres-González, 2014).

No hay que olvidar que los potenciales usuarios de servicios de Salud Mental comparten una información, creencias, valores y preferencias similares a la población general, que tienden a interiorizar (Thornicroft et al., 2010).

Pescosolido, Monahan, Link, Stueve y Kikuzawa (1999) en su estudio, con datos obtenidos en el General Social Survey Americano (GSS) de 1996, sobre la percepción de la población general de las personas con diversos trastornos mentales, se interesan por su actitud ante la coacción para que mantengan cierta gama de tratamientos de salud mental (consultas profesionales, medicación, hospitalización). Las respuestas son significativamente diferentes según el tipo de problema descrito (dependencia al alcohol, depresión mayor, esquizofrenia, drogas, o sin diagnóstico, “personas trastornadas” sin más). Hay práctica unanimidad para el ingreso obligatorio en caso de riesgo para sí mismos o para otros, incluso en “personas trastornadas” (un 82% en caso de suponer un riesgo para otros). La aceptación de la coerción en el tratamiento ambulatorio varía desde un 21.6% para la depresión mayor a un 67.3% para problemas de drogas, pasando por un 49.1% para la esquizofrenia. Los autores no encuentran relación entre estas actitudes y la autovaloración política –liberalismo/conservadurismo de la población (Pescosolido et al., 1999). También se ha comparado la percepción de la población americana y de los profesionales respecto a la depresión mayor y la esquizofrenia, según datos del GSS de 2006 y 2009. Aunque los profesionales de Salud Mental tienen actitudes más positivas que el público general sobre las personas con problemas de salud mental, ambos comparten fuertes estereotipos, sobre todo en lo que se refiere a la peligrosidad de los esquizofrénicos (Stuber et al., 2014).

El vínculo que se establece en la opinión pública entre tratamiento a pacientes de salud mental y la coerción lleva a la idea generalizada de que la coerción es

algo necesario e inherente a los cuidados de salud mental (Hotzy, 2016). La relación entre el estigma de la enfermedad mental y las medidas coercitivas es recíproca y compleja, y está bien establecida aunque no estudiada en detalle. El estigma puede contribuir a la frecuencia de la práctica de medidas coercitivas y, a su vez, la frecuencia de la práctica de medidas coercitivas afecta a la imagen de la psiquiatría y al correspondiente estigma asociado a la enfermedad mental.

El estigma de la enfermedad mental se asocia con actitudes positivas hacia las medidas coercitivas, también entre los profesionales. De ahí que las campañas anti-estigma deberían dirigirse también, y en primer lugar, a estos últimos, y que la reducción de las medidas coercitivas y el desembarazarlas de su imagen de arbitrariedad y castigo pueden disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental (Gaebel y Zäske, 2011).

9. Efectividad de las prácticas coercitivas

La coerción siempre conlleva un cierto atropello de los derechos cívicos. Discutir su adecuación simplemente en términos utilitarios de eficacia sería algo así como discutir el valor de ciertas formas de castigo en la reinserción social o la socialización del miedo para hacer una sociedad cohesionada y ordenada.

No obstante resulta lógico, como defiende Jacobsen, que si se somete a los pacientes a medidas involuntarias, lo mínimo sea monitorizar sus efectos, única manera de saber cómo impacta en el tratamiento y la vida de las personas. “En mi opinión, actualmente son factores de tipo político, legislativo, cultural, de derechos humanos, o simplemente la tradición, los que tienen prioridad sobre los resultados clínicos” (Jacobsen, 2012).

La revisión sobre los resultados de las prácticas coercitivas comunitarias no permite ser optimistas sobre su utilidad. Los hipotéticos resultados varían, según opiniones, desde una mejoría sintomática como resultado de una mayor adherencia al tratamiento, a una disminución de la búsqueda voluntaria de ayuda por temor a verse obligados a seguir un tratamiento involuntario (Monahan, 2011).

No solo las opiniones divergen sino que la lectura de resultados de los mismos estudios puede llevar a conclusiones opuestas como sucede, por ejemplo y como señala Monahan (2011), entre las asociaciones de defensa (advocacy) americanas de usuarios y las de familiares respecto a estudios acerca de los tratamientos coercitivo/asertivos ambulatorios. Las asociaciones de usuarios subrayan la inexistencia de estudios convincentes y rigurosos acerca del beneficio de estos tratamientos y la existencia de datos que revelan su nulo valor intrínseco.

Las asociaciones de familiares opinan por su parte que los mismos estudios muestran su efectividad a la hora de disminuir las personas sin techo, detenciones y encarcelamiento, victimización y episodios violentos, así como para aumentar la adhesión al tratamiento y disminuir los ingresos admisiones hospitalarios.

Hodzy y Jaeger (2016) en su revisión sistemática no encuentran un solo estudio experimental o cuasi experimental sobre efectividad de la coerción informal, solo valoraciones subjetivas de profesionales y usuarios. La opinión mayoritaria de los profesionales es que la coerción informal es efectiva en el proceso terapéutico respecto a la promoción de la adherencia obteniendo como resultado evitar descompensaciones y coerciones de tipo formal. Los usuarios describen la coerción informal como una zona oscura y solo unos pocos la estiman útil. Hay pacientes que retrospectivamente reconocen que el tratamiento forzado fue en su mejor interés, aunque refieren consecuencias negativas y desean mantener su derecho a rechazarlo.

Aunque existen varios estudios que recogen evaluaciones más bien positivas en términos de facilitar la adherencia, la estabilidad clínica y evitar la recaída, no es posible obtener conclusiones convincentes. Parece depender mucho de sí la coerción informal es aceptada por los pacientes como beneficiosa para su recuperación. Esto incluye un nivel bajo de coerción percibida, alta equidad percibida, y procedimientos judiciales justos.

La coerción informal puede contribuir a la asociación de los cuidados de Salud Mental con una práctica coercitiva. No se sabe si el número de pacientes que se mantienen en el sistema de salud mental por la coerción informal supera al número de los que lo evitan por temor a ser sometidos a esta coerción. Es decir, el efecto de la coacción informal (lo mismo que la formal) en términos de salud pública y coste/beneficio es desconocido. Globalmente, y considerando tanto la coerción formal como la informal, los estudios sugieren que la mejoría posible es demasiado pequeña para compensar la experiencia negativa de la coerción (Newton-Hoes y Mullen, 2011).

En lo que se refiere al uso de incentivos, en un estudio controlado y aleatorizado a 12 meses, el uso de pequeñas cantidades de dinero se mostró útil para aumentar la adherencia a la medicación antipsicótica inyectable de larga duración en pacientes de registro esquizofrénico y bipolar. No se encontraron diferencias con el grupo control en mejoría clínica, número de ingresos hospitalarios o efectos adversos, aunque sí en una mejor percepción subjetiva de la calidad de vida (Priebe, Yeeles, Bremner, Lauber, Eldridge, Ashby, et al. (2013). Es un estudio glosado en un editorial elogioso, “this approach can work”, en el

que se compara con el uso de incentivos económicos para dejar de fumar, en la obesidad, o en toxicomanías (Kendall, 2013). En un seguimiento posterior a dos años tras la interrupción de los incentivos en el ensayo original, la adherencia a los inyectables cae a sus niveles iniciales en el grupo experimental desde los primeros seis meses. Es incluso algo peor en el grupo experimental aunque las diferencias son pequeñas y no alcanzan significado estadístico (Priebe, Bremner, Pavlickova, 2016). Este modelo de adherencia a la medicación en base a incentivos se confronta al dilema bioético asociado al potencial daño producido por los medicamentos, bien conocido, especialmente a largo plazo. Además, los beneficios potenciales de tomar medicación pueden atenuarse al tomarse forzosamente por insatisfacción con el tratamiento (Hotzy y Jaeger, 2016).

En la revisión Cochrane de Kisely y Campbell de 2014 sobre el tratamiento comunitario obligatorio comparado con el tratamiento voluntario ordinario, se revisan dos estudios americanos aleatorizados de finales de los noventa y el inglés OCTET más reciente (Burns, Rugkåsa, Molodynski, Dawson Yeeles, Vazquez-Montes M et al., 2013). No se encuentran diferencias significativas en la adherencia a los servicios, funcionamiento social o calidad de vida comparándolo con el tratamiento voluntario ordinario. Se recoge que los pacientes son menos víctimas de crímenes, violentos o no, sin que esté claro si este dato se deriva de la intensidad del tratamiento o de su obligatoriedad. Los autores de la revisión ponen en duda lo fundado de este tipo de tratamiento (Kisely y Campbell, 2014). Un análisis posterior por subgrupos del estudio OCTET no encuentra ventajas en una amplia gama de resultados clínicos y sociales para ninguno de los subgrupos. Los resultados recomiendan revisar urgentemente el uso de las órdenes de tratamiento comunitario –CTOs– vigente actualmente en Inglaterra (RugkåsaJ, Molodynski , Yeeles , Vazquez-Montes, Visser, Burns, 2015; Szmukler, 2015b). No obstante, las cifras muestran que, a pesar del OCTET y sus hallazgos de la ineficacia del tratamiento comunitario obligatorio, este se sigue utilizando abundantemente en Inglaterra. Como en otras áreas de la Salud Mental se discuten los resultados de la investigación, los ensayos controlados y aleatorizados, con la práctica en el mundo real y un “razonamiento mecánico” según el cual, p.ej. en el subgrupo de pacientes que no adhieren al tratamiento y recaen con frecuencia, las órdenes de tratamiento comunitario consiguen una mejoría notable en su adhesión a los antipsicóticos depot, por lo que pueden esperarse mejores resultados clínicos, tales como ingresos hospitalarios menos frecuentes que hay que atribuir a estas órdenes, en ausencia de mejor explicación (Mustafa, 2015).

En la revisión Cochrane de 2014 se aconseja para quienes deseen disminuir los ingresos hospitalarios, tratamientos más efectivos como la llamada Gestión de Casos Intensiva (Intensive Case Management, ICM) un modelo de intervención comunitaria en el que convergen el Tratamiento Asertivo Comunitario y la Gestión de Casos (Kisely y Campbell, 2014). Una revisión Cochrane recientemente publicada acerca de los ICM, encuentra mejores resultados que con el tratamiento ordinario en la disminución de las hospitalizaciones, aumento de la retención e incluso el funcionamiento social. No hay ventajas claras en la calidad de vida o en el estado mental. No se aborda la dimensión coercitiva del modelo (Dieterich, Irving, Bergman, Khokhar, Park y Marshall, 2017).

Los estudios acerca de las hospitalizaciones involuntarias sugieren que la mejoría de los síntomas es mínima, lo mismo que el funcionamiento social posterior (Kallert, Glöckner, Schützwohl, 2008; Priebe, Katsakou, Yeeles, Amos, Morriss, Wang et al. 2011). El estudio EUNOMIA encuentra que la mejoría era moderada al mes y a los tres meses tras el alta, en general mayor a los tres meses, con muchas diferencias individuales no relacionadas con el diagnóstico. Además de la gravedad inicial de la sintomatología, los resultados eran peores en personas desempleadas, que vivían solas, habían sido hospitalizadas repetidas veces y se mostraban menos satisfechas con el tratamiento recibido. Los pacientes que desde una perspectiva legal ingresaron voluntariamente pero que se sintieron coaccionados para aceptar el ingreso (hasta un 21% del total de los ingresos voluntarios) presentaron peores resultados en ambos puntos del seguimiento (Kallert, Katsakou, Adamowski, Dembinskas, Fiorillo, Kjellin et al. 2011). A pesar de esta pobreza de resultados, se defiende la necesidad de las hospitalizaciones involuntarias argumentando que su función no es la mejoría clínica sino la disminución del riesgo auto y heteroagresivo. Una revisión reciente encuentra que la disminución de la hostilidad y suicidabilidad se mantienen al menos 3 meses después del alta de un ingreso involuntario, y que esta mejoría es más evidente que la de los síntomas generales y el funcionamiento global de los pacientes (Giacco y Priebe, 2016).

Un estudio naturalístico y observacional de 15 años de duración, de 1998 a 2012, respecto a política de puertas de las unidades de hospitalización (compara unidades con puertas cerradas, parcialmente cerradas, abiertas, y hospitales de día) y tipos de hospital (con y sin unidades de puertas cerradas) alemanes, sugiere que la política de puertas cerradas no mejora la seguridad de los pacientes, dado que el riesgo de suicidio consumado, los intentos de suicidio, la fuga con retorno a la unidad, y la fuga sin retorno no disminuyen en unidades y hospitales

con política de puertas cerradas (Huber, Schneeberger, Kowalinski, Fröhlich, von Felten, Walter et al., 2016).

Se da por hecho, en lo referente a las diversas intervenciones coercitivas en el entorno hospitalario, la eficacia de la medicación para reducir la sintomatología psicótica, la agitación y la conducta agresiva asociada a un trastorno mental, y así lo indican las guías clínicas respecto al uso de antipsicóticos y benzodiacepinas, recomendando una rápida tranquilización medicamentosa que no será menor aunque la medicación sea administrada de forma involuntaria. No existen estudios que comparen la efectividad de la tranquilización rápida medicamentosa con las intervenciones de seguridad físicas, como la contención y el aislamiento, tal vez porque la mayoría de psiquiatras no consideran ético el uso de la contención sin una rápida tranquilización farmacológica (Steinert, 2016).

En la evaluación de estas medidas, Steinert entiende que la seguridad para los pacientes y el equipo es una cuestión importante. Todas las intervenciones pueden tener efectos adversos: el equipo y los pacientes pueden resultar heridos en el forcejeo; los pacientes pueden hacerse daño durante el aislamiento, p.ej. golpeándose la cabeza contra las paredes; la contención física puede provocar fallecimientos por extenuación combinada con presión torácica; la contención mecánica pueden producir trombosis venosas profundas, tromboembolismos pulmonares, y estrangulación por las correas. Parece evidente que las complicaciones asociadas con las intervenciones más invasivas usadas en psiquiatría deberían de ser monitorizadas y comunicadas regularmente de forma que pudiera compararse la seguridad de las diferentes intervenciones sobre muestras amplias, pero “sorprendentemente nunca se han publicado estudios de esta naturaleza, salvo informes de caso único (...). No existe por lo tanto evidencias acerca de cuál debería de ser la intervención preferida en términos de seguridad, aunque esta seguridad se limite a las incidencias de daño físico, sin tener en cuenta las secuelas psicológicas que indudablemente pueden producirse, incluidos trastornos de estrés postraumático caracterizados” (Steinert, 2016).

Aunque medidas de seguridad como el aislamiento y la contención no pueden considerarse como intervenciones terapéuticas, se ha especulado y es un lugar común en algunas prácticas psiquiátricas que pueden tener un efecto positivo sobre la psicopatología. El estudio alemán que entrevistó a pacientes 18 meses después de haber sido sometidos a estas medidas encuentra que un 58% informaron retrospectivamente de varios efectos positivos, principalmente calmarles. Son resultados a matizar por el intenso estrés psicológico que

refieren muchos de ellos. Este estudio detecta una tasa del 4%, para los autores sorprendentemente pequeña, de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) debido a las medidas coercitivas. Piensan que es una tasa infravalorada por el estudio al haber transcurrido 18 meses tras la aplicación de las medidas coercitivas, y tal vez por el artefacto causado por las entrevistas realizadas tras su aplicación, mucho más intensas que el debriefing de la práctica clínica rutinaria (Steinert et al., 2013).

Son numerosos los estudios que refieren experiencias traumáticas en las unidades de agudos. En un estudio americano de 2005 además de medidas coercitivas institucionales, como el aislamiento o la contención mecánica y física, se detectan acontecimientos que reúnen criterios DSM-IV para el trauma, como el ser víctima de agresión (31%), el ser testigo de acontecimientos traumáticos (63%), e incluso ser víctima de agresiones sexuales (8%). Otras experiencias tuvieron que ver con la vida cotidiana en la institución como el uso de la medicación como amenaza o castigo, el ser insultados o escuchar que se insulta a otros, o ser atemorizados por la violencia de otros pacientes (Frueh, Knapp, Cusack, Grubaugh, Sauvageot et al., 2005). En un estudio sobre trauma percibido en una muestra prospectiva a diez años de pacientes que fueron hospitalizados por episodios psicóticos un 69% refirieron haber padecido al menos un ingreso traumático o sumamente estresante (Paksarian, Mojtabai, Kotov, Cullen, Nugent y Bromet, 2014). En un estudio sobre una muestra de primeros episodios psicóticos la experiencia del episodio y su tratamiento fueron profundamente estresantes para muchos de los pacientes. Una mayoría (80%) se sintieron traumatizados al ser hospitalizados, un trauma que muchos consideraron severo (66%), y una parte considerable (37%) por el tratamiento que recibieron. El 38% cumplía criterios TEP, algo no relacionado con la intensidad de su sintomatología psicótica. La conducta suicida era mayor en aquellos diagnosticados sintomatológicamente de TEP. Los autores proponen considerar los efectos potencialmente iatrogénicos del ingreso psiquiátrico (Tarrier, Khan, Cater y Picken, 2007). La clusterización de los intentos de suicidio en torno a la hospitalización, y el detectar que el marco de tratamiento es un indicador de riesgo de suicidio mucho más potente que cualquier otro de tipo clínico, ha llevado a algunos autores a defender que los suicidios realizados durante o inmediatamente después de una hospitalización psiquiátrica deben de ser considerados nosocomiales (Large y Ryan, 2014).

Los relatos de los usuarios están en sintonía con esta percepción de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica como un entorno coercitivo, hostil y

deshumanizado (Cooke, 2015; Stephenson, 2016). Los sentimientos de soledad, abandono, aburrimiento, control y reglas opresivas, temor e inseguridad, falta de información acerca de su situación, plan de tratamiento, y razones para el aislamiento y la contención, pueden seguir siendo percibidos por los usuarios muchos años después de su ingreso (Kontio, Anttila, Lantta, Kauppi, Joffe y Välimäki, 2014).

No es posible considerar qué es lo que significa permanecer bajo medidas de tratamiento coercitivo en su conjunto sin proporcionar un espacio a la voz de los usuarios (Coles et al., 2013; Dennis y Monahan, 1996; Kelly, 2015; Lidz, 1998). Cuando esta se manifiesta es invariablemente muy clara. La National Coalition for Mental Health Recovery, 2013, p.ej. afirma que no hay beneficio en el tratamiento forzoso, que la coerción traumatiza, y que hay alternativas, una perspectiva similar a la que se transmite desde la OMS (Aminoff, Boevink, Daumerie, Finkelstein, Gauci et al., 2010).

El daño que puede producir la coerción a largo plazo en el proceso de recuperación es difícil de determinar (Coles et al., 2013; Slade, 2009; Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2015). Una de las cuestiones clave es saber si la práctica de la coerción ayuda o dificulta a construir un compromiso constructivo, o si la coacción considerada necesaria ayuda a que el usuario se encamine a una vida más plena. Morgan y Felton (2013) concluyen que no ayuda a una orientación clínica que tenga como meta la recuperación ni la confianza en los servicios. Kirk et al. (2013) consideran que la coerción impregna la relación asistencial de un modo en el que ninguna de las ayudas mejora con ella, más bien al contrario, puede hacerlas imposibles. Bentall denuncia la paradoja de políticas asistenciales que se definen como servicios que apuestan por la recuperación y el avance de la coerción sobre cada vez más personas con diagnósticos de Salud Mental (Bentall, 2013).

En España incluso desde una óptica favorable al tratamiento involuntario (Calcedo Barba, 2012) se reconoce que la frecuente coacción y el engaño en la asistencia psiquiátrica genera problemas en pacientes que “se siguen sintiendo heridos y ofendidos mucho tiempo después” dificultando su adherencia al tratamiento (Calcedo Barba, 2000).

10. Corrigiendo la coerción

Es un lugar común en los textos de la historia de la psiquiatría el datar el comienzo de la psiquiatría moderna a finales del XVIII en plena revolución

francesa cuando el alienista Philippe Pinel liberó de sus cadenas a los ingresados en Bicêtre en 1793 y en la Salpêtrière en 1795. También lo es que hasta nuestros días psiquiatría y coerción han estado íntimamente ligadas y que en ningún país ni en ninguna época los cuidados de Salud Mental han estado libres de coerción.

Hay autores que piensan que no es posible superar completamente estas medidas, ni siquiera en la psiquiatría del siglo veintiuno (Steinart, 2016). Para otros ningún tratamiento puede darse al lado de la coerción (Kirk et al., 2013), y tampoco el desarrollo del conocimiento científico. En la coerción no es el conocimiento quien apoya el poder, es el poder de la coerción lo que sustenta las lagunas de conocimiento válido (Coles et al., 2013).

Se han propuesto maneras de “regular” las amenazas, como por ejemplo que sean transparentes, que se hagan solo de “buena fe”, es decir, que el amenazador esté realmente amenazando, y que se fijen en códigos de procedimiento o ética profesional (Szmukler, 2015). Lo mismo respecto a los internamientos legalmente voluntarios pero en realidad forzados desde la perspectiva de los usuarios: o bien se practica la hospitalización legalmente involuntaria o bien se renuncia a la hospitalización (Kallert, Katsakou, et al. 2011). Esta postura se alinea con la equidad percibida y los procedimientos judiciales justos, muy valorados por los usuarios (Hodzy y Jaeger, 2016).

En cualquier caso, organizaciones internacionales como la OMS, autoridades políticas como la ONU, el Congreso USA, el Consejo de Europa, asociaciones profesionales nacionales e internacionales como la WPA y la UEMS, el movimiento de usuarios como la National Coalition for Mental Health Recovery e iniciativas como el Manifiesto de Cartagena en España (AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana VEUS, 2016) etc., han declarado que las medidas coercitivas deben evitarse, abogando por su reducción, incluso eliminación, o al menos por “el mínimo uso posible”. El quid de la cuestión es saber cuál es ese uso mínimo posible e incluso si existe un mínimo que sea posible y justificable, y cómo se consigue.

Existe consenso en que tanto el desarrollo como el análisis crítico de estrategias para reducir el uso de medidas coercitivas en los diferentes formatos de la clínica es relevante en la clínica e investigación actuales en Salud Mental (Kallert et al., 2011). ¿Cómo hacerlo? Las iniciativas nacionales son abundantes y van desde iniciativas legislativas, estudios epidemiológicos y registros nacionales de datos, auditorías, formación, guías clínicas y directrices de aplicación, a grupos de trabajo para su monitorización e incluso grupos de “prevención de la violencia y la coerción en psiquiatría” (Steinert et al., 2010).

a) Iniciativas legislativas

Se han planteado iniciativas legislativas, partiendo de la base de que la legislación específica respecto a personas con trastorno mental no respeta diversos artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas de 2006 (United Nations, 2006; Smuzkler, Daw y Callard, 2014). Se propone a cambio una legislación genérica para todo tipo de personas –Fusion Law– que permita determinado tratamiento obligatorio únicamente cuando la capacidad de toma de decisiones esté impedida, independientemente de que se padezca una enfermedad “física” o “mental” y sea cual fuere la causa –esquizofrenia, Alzheimer, estado confusional debido a accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, infeccioso, postoperativo...– y no existan voluntades anticipadas (Smuzkler et al., 2014). El concepto de “riesgo para terceras personas” que permite hoy en día la detención preventiva –ingreso– de personas con trastorno mental sobre la base del riesgo debería incluirse en una ley de “peligrosidad” genérica, igualmente aplicable a todos los que presentan un grado inaceptable de riesgo, o en su defecto ninguna detención preventiva para nadie (Smuzkler, 2015a).

b) Toma conjunta de decisiones

La toma conjunta de decisiones, o planes conjuntos de tratamiento, es un área que suscita atención e interés en Salud Mental, deseada por los pacientes, bien vista por los profesionales, y factible aunque no forme parte de las rutinas habituales, y menos en las unidades de tratamiento de pacientes agudos (Fukui, Salyers, Rapp, Goscha, Young, Mabry 2016; Hamann et al. 2016). Se citan como barreras habituales la falta de tiempo y la falta de capacidad de decisión de los usuarios (Fukui et al, 2016). Hay autores que hacen hincapié en las actitudes y habilidades de comunicación entre profesionales y pacientes y cómo mejorarlas para facilitar la toma conjunta de decisiones. Entre los obstáculos para esta toma conjunta de decisiones, además de la falta de tiempo, se citan la “atmósfera” creada por el equipo y que prevalece en las unidades de agudos, y el desinterés de los pacientes, atribuido a la clínica, sintomatología depresiva, psicótica negativa... y a experiencias pasadas negativas de desempoderamiento “cuando sus opiniones difieren de las de los psiquiatras” por ingresos involuntarios y otras medidas coercitivas que tienen efectos duraderos, incluso años más tarde y retraen a los pacientes de expresar sus ideas y preferencias. (Hamann et al., 2016). Se proponen intervenciones de entrenamiento especializado para potenciar la actitud

“competente” y “activa” de los pacientes para superar estas barreras, cambios en el estilo comunicativo de los profesionales, y entrenamiento de estos últimos tal y como se hace abundantemente en otras áreas y especialidades sanitarias (Fukui et al, 2016; Hamann et al. 2016).

c) Directrices, instrucciones y voluntades anticipadas

Se ha evocado la potencialidad de las instrucciones y voluntades anticipadas, bajo sus diversas formas, bien sea declarando las preferencias del paciente o designando un representante que pueda actuar en su nombre en caso de crisis (Monahan, 2011; Ramos Pozón y Román Maestre, 2014) como una manera de superar la coerción, fomentar el empoderamiento, la autodeterminación, la autonomía, mejorar la relación terapéutica y evitar en particular los ingresos y el tratamiento involuntario (Khazaal, Manghi, Delahaye, Machado, Penzenstadler y Molodynski, 2014; Zelle, Kemp y Bonnie, 2015). Pueden servir también para identificar los signos precursores de una crisis, implicando al paciente en un análisis activo de crisis pasadas y el desarrollo de abordajes alternativos en el futuro (Maître et al, 2013; Khazaal et al. 2013). Un análisis cualitativo de las instrucciones psiquiátricas anticipadas muestra diversas fórmulas y denominaciones, según países y tradiciones, con diversa fuerza legal y desarrollo en la rutina práctica, de directrices que pueden ser prescriptivas –qué hacer- proscriptivas –qué no hacer- o ambas. Se distinguen las instrucciones anticipadas clásicas, o tarjetas de crisis, generadas por el usuario sin asistencia de terceros –PAD-C–, las instrucciones anticipadas con asistencia de terceras personas, los llamados facilitadores –PAD-F–, las directivas Ulises y los planes de crisis conjuntos –JCP– en el que el usuario y el equipo se implican en un proceso de negociación (Maître et al, 2013; Khazaal et al. 2013). Se hace hincapié en los JCP en que existan facilitadores ajenos al equipo de tratamiento (Henderson, Farrelly, Moran, Borschmann, Thornicroft, Birchwood, et al. 2015), trabajadores sociales y expertos en primera persona pertenecientes a una asociación de usuarios (Ruchlewska, Wierdsma, Kamperman, van der Gaag, Smulders, Roosenschoon, et al., 2014). Mención especial merecen las directivas Ulises o de Self-Binding en las que el usuario acepta específicamente determinado tratamiento o la hospitalización en caso de crisis, propuesta en especial para los episodios maníacos y que plantea dudas bioéticas significativas, por su irrevocabilidad en fases clínicas en las que el usuario mantiene aún su competencia (Gergel y Owen, 2015).

¿Cuál es su contenido?

El contenido de las voluntades anticipadas se valora hasta en un 95% como clínicamente útil y congruente con las normas de tratamiento clínico (Srebnik, Rutherford, Peto, Russo, Zick, Jaffe et al, 2005). Entre el 80 y el 93% de los pacientes especifican medicamentos que aceptan por adelantado, en general antidepresivos y antipsicóticos de segunda generación, entre el 68 y el 70% citan un medicamento que rechazan, en general por secundariedad como los antipsicóticos de primera generación, el 68% prefieren alternativas al ingreso psiquiátrico, solicitando frecuentemente una intervención del equipo clínico a domicilio, el 89% especifican métodos para la desescalada en caso de crisis, el 72% rechazan la terapia electroconvulsiva, y entre el 46% y el 78 % designan una persona que les represente en caso de crisis e incapacidad. Es una constante la solicitud de ser tratados con respeto y compasión. (Srebnik et al, 2005; Maître et al., 2013; Farrelly, Brown, Rose, Doherty, Henderson, Birchwood et al., 2014).

¿Se cumplen?

Cuando, en caso de crisis, el clínico accede a las instrucciones anticipadas, en torno a los dos tercios de los casos el tratamiento aplicado es acorde con sus instrucciones. Se siguen en general en lo que se refiere a la elección de medicamentos, métodos de desescalada pre-crisis, y elección entre alternativas al hospital. Se siguen con menor frecuencia en lo que se refiere a la elección de hospital, preferencia entre hospitalización y alternativas y preferencias respecto a aislamiento, contención y medicación sedativa... aspectos en los que prevalecen los protocolos y las guías clínicas (Srebnik y Russo, 2007).

En la práctica, tanto en la toma de decisiones conjuntas como en las voluntades anticipadas parece existir un núcleo de decisiones que no son discutibles desde el punto de vista del clínico, como la toma de medicación y la hospitalización (Hamann et al., 2009). “Pensamos que no es sensato que un paciente con esquizofrenia rechace todo tipo de medicación psiquiátrica durante su ingreso pues es ésta la que va a posibilitar la eliminación de la sintomatología positiva, alucinaciones, delirios... (...) Además, el rechazo de una medida terapéutica, que tiene unos resultados positivos y que es la base del actual tratamiento psiquiátrico, puede indicar algún tipo de incompetencia por parte del paciente debido a la falta de información sobre su beneficio, a la sobreestimación de los efectos secundarios, o a decisiones fundamentadas en delirios, etc.” (Ramos Pozón y Roman Maestre, 2014, p.25).

En el abanico de elecciones posibles mostradas por estos estudios y los análisis del tema, no se considera el hablar de los problemas, el tener reuniones con los familiares y allegados, y tampoco la intervención a través de psicoterapia como una posibilidad, a pesar de que los usuarios suelen indicar que ese tipo de medidas son preferibles muchas veces para muchos pacientes (Cooke, 2015), que los resultados a medio plazo de la intervención psicológica puede conllevar más éxito (Seikkula y Arnkil, 2016), y que en los delirios el abordaje psicológico seguramente debería ser la primera opción (Corstens, Longden, Rydinger, Bentall & van Os, 2013). En un ejemplo de decisiones compartidas realizado en una Unidad de Agudos de Psiquiatría en Andalucía se invierte una buena cantidad de tiempo para decidir junto al paciente el antipsicótico con el que saldrá de la unidad, pero no para optar por un método distinto que puede resultarle preferible –deberás tomar algo de esto y elige qué– (Villagrán, Lara Ruiz-Granados y González-Saiz, 2015).

¿Son eficaces las directrices anticipadas?

Según una revisión Cochrane de 2009 los escasos estudios existentes hasta esa fecha, únicamente dos controlados y aleatorizados, que comparan las directrices anticipadas con el tratamiento ordinario en lo que se refiere a su impacto en reducir hospitalizaciones involuntarias y coerción informal no son concluyentes. Los autores distinguen el ensayo de directrices anticipadas, una intervención menos intensiva en la que no hay discusión entre los profesionales y el usuario, y el ensayo de los JCP de Henderson, Flood, Leese, Thornicroft, Sutherby y Szmukler (2004) que sí muestra una disminución de las hospitalizaciones involuntarias (Campbell y Kisely, 2009).

Un nuevo ensayo controlado y aleatorizado más reciente, el CRIMSON, no encuentra que los JCP sean significativamente más efectivos que el tratamiento ordinario para reducir las hospitalizaciones involuntarias. Sin embargo, sí halla que mejoran la relación terapéutica. Un análisis cualitativo muestra las dificultades que encuentran los usuarios para poner a diseñar un JCP y sus quejas de que, además, no se aplica su contenido en caso de crisis. Los autores hipotetizan como causa de los resultados contrarios al estudio anterior, que en este los clínicos se implicaron poco, tanto en el diseño de los JCP como en su aplicación. En concreto, en un 48% de los casos los JCP no se formularon en reuniones específicas, diferentes a las clínicas ordinarias, y en una tercera parte no estaba presente el equipo clínico completo (Thornicroft, Farrelly, Szmukler, Birchwood, Waheed, Flach et al., 2013).

Un estudio holandés controlado y aleatorizado más reciente, compara un grupo con JCP con facilitador externo, JCP sin facilitador y un grupo control de no utilizadores de JCP. Encuentra cifras menores de ingresos planificados con orden judicial en utilizadores de JCP respecto al grupo control de no utilizadores. No se hallaron diferencias en ingresos urgentes involuntarios o en atenciones en urgencias psiquiátricas (Ruchlewska et al. 2014).

Un estudio americano prospectivo que compara un grupo de utilizadores de PAD-F con un grupo control muestra que en el grupo de utilizadores disminuyen en general prácticas coercitivas tales como el transporte en vehículos de la policía a urgencias psiquiátricas, el uso de esposas, aislamiento y contenciones y la medicación forzosa (Swanson, Swartz, Elbogen, VAN Dorn, Wagner, Moser. et al, 2008).

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis estudia 13 ECAs en los que la disminución de los ingresos involuntarios es considerada como la primera o la segunda medida de resultados. Cuatro de los estudios investigan directivas anticipadas (incluyen PAD y JCP), tres tratamientos ambulatorios obligatorios, dos diferentes tipos de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento (incluyendo incentivos financieros para la toma de antipsicóticos), y cuatro estudios sobre mejora del tratamiento ordinario (tratamiento integrado: un estudio sobre equipos de resolución de crisis, dos sobre primeros episodios en esquizofrenia y uno sobre psicoeducación combinada con supervisión monitorizada). Los estudios sobre las directivas anticipadas muestran una reducción significativa en el riesgo de hospitalización involuntaria (con heterogeneidad no importante). Los estudios sobre el tratamiento ambulatorio obligatorio no muestran reducción alguna de las hospitalizaciones involuntarias (sin heterogeneidad). Tampoco lo hacen los estudios sobre mejora de la adherencia al tratamiento (muchísima heterogeneidad). En el tratamiento integrado, aunque no se dio una disminución estadísticamente significativa del riesgo, los autores piensan que muestran un potencial relevante (con heterogeneidad moderada) y que este subgrupo de intervenciones es “el más prometedor para futuras investigaciones y desarrollos” (de Jong et al., 2016).

¿Está extendido su uso?

Aunque se ha extendido a muchos países, la práctica de las instrucciones anticipadas sigue siendo infrecuente, a pesar del interés que suscita en los usuarios de servicios. Se han propuesto diversas estrategias para aumentar su uso, en particular sesiones estructuradas específicas que faciliten su implementación, intervención

de terceras personas facilitadores, formación de los profesionales y políticas sistematizadas en los servicios psiquiátricos (Zelle, Kemp y Bonnie, 2015).

d) Hospitalización involuntaria y coerción. Las UHP

El ambicioso objetivo del estudio EUNOMIA de proporcionar guías prácticas para la hospitalización involuntaria es un objetivo solo parcialmente conseguido (Jacobsen, 2012). Se elaboró un documento de consenso con cierto número de sugerencias muy generales respecto a buenas prácticas en los ingresos involuntarios, tales como la formación del equipo, estructuración de sus dinámicas, diseño de protocolos, utilización de las prácticas “menos restrictivas”, respeto a los derechos civiles... Los autores del documento evocan como puntos débiles, además de las dificultades derivadas de los diferentes contextos nacionales, la implicación irregular de las asociaciones de usuarios y familiares en el documento final (Fiorillo, Giacco, De Rosa, Del Vecchio, Jurjanz, Schnall et al. 2011).

Un estudio Delphi recientemente publicado por el European Violence in Psychiatry Research Group –EviPRG, www.eviprg.eu – de prácticas para el manejo de situaciones de violencia en 17 países europeos muestra que sigue sin existir una clara dirección o uniformidad en criterios de buenas prácticas en el manejo de situaciones violentas en los servicios de Salud Mental (Cowman et al. 2017). En realidad, las directivas europeas respecto a la regulación y buenas prácticas en el uso de la coerción en Salud Mental son tan someras y superficiales que llaman la atención de los autores de este estudio a quienes les resulta algo difícil de comprender en una cultura política y administrativa en la que “se legisla y se emiten normas respecto al bienestar y la salud de los animales de granja” (Cowman et al., 2017). Que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos haya tenido que pronunciarse en diversas ocasiones a solicitud de usuarios de servicios de Salud Mental y sus familiares por la falta de respeto al artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos que prohíbe tratos inhumanos y degradantes, (Curtice, 2008) no ha cambiado las cosas.

Mientras que los profesionales valoran de la unidades de agudos en hospital general –UHP- su inclusión en el sistema sanitario y la proximidad a otras plantas médicas para resolver cualquier contingencia, muchos de su usuarios no valoran tanto esos aspectos, y las experiencias del ingreso suelen considerarse, como ya se puso antes de manifiesto, “inútiles y aterradoras” o un lugar donde las personas quedan “aisladas, asustadas y sin apoyo dentro de hospitales impersonales” y harán más tarde “lo que sea para no volver” (Cooke, 2016, p. 92). Se considera

que las sugerencias de los usuarios pueden ser muy valiosas, realistas y concretas a la hora de estructurar las UHP y sus dinámicas (Kontio et al., 2014). Existen iniciativas de transformación de las UHP como la Star Wards que propone hasta 75 cambios que van desde pequeñas intervenciones sin necesidad de inversiones ni cambios significativos en las dinámicas del equipo, hasta otras que suponen nuevos recursos, inversiones y cambios considerables (Star Wards- At a Glance Guide, 2015). Desde otro punto de vista, se han propuesto alternativas a las UHP bajo la forma de intervenciones a domicilio (Seikkula, y Arnkil, 2016) o bajo la forma de casas u hogares de reposo.

Se han propuesto diversos procedimientos clínicos para disminuir la frecuencia de los episodios de contención mecánica. En su revisión bibliográfica, Bak, Brandt- Christensen, Sestoft y Zoffmann (2012) señalan que si bien parecen existir procedimientos clínicos que disminuyen la frecuencia de estos episodios, faltan estudios de suficiente calidad.

Desde un punto de vista más global, Scanlan incluye en su revisión de programas para reducir la contención mecánica y el aislamiento, el cambio de políticas sanitarias y el liderazgo local, la supervisión externa y el debriefing posterior a los incidentes, el registro de datos, mejoras en diversos aspectos de formación del equipo, especialmente en habilidades de desescalada y manejo de crisis, implicación de los usuarios y sus familias, mejora de los ratios de personal en equipos de intervención en crisis, y programas que introduzcan cambios en las dinámicas de las unidades. En su opinión el resultado de estos programas es esperanzador (Scanlan, 2010).

e) Conclusión

Jacobsen (2012) señala que las guías clínicas para monitorizar el tratamiento involuntario no nos proporcionan nuevas evidencias per se. Hay que decir que tampoco la ausencia de datos y evidencias científicas a favor de las medidas coercitivas ha obstaculizado su desarrollo (Kaur Nagra et al., 2016).

La aplicación de guías clínicas o simplemente la introducción de métodos observacionales y de registro de casos sí pueden ser una hoja de ruta para reducir, a veces de forma muy significativa, el uso de medidas de contención y aislamiento en unidades hospitalarias, como se ha documentado en diversas experiencias (Jayaram, Samuels y Konrad, 2012; Molodynski, Khazaal y Callard, 2016; D'Orio, Purselle, Stevens y Garlow, 2004), y también en España (Girela et al., 2014; Gonzalez-Torres, Fernandez-Rivas, Bustamante, Rico-Vilademoros, Vivanco et al., 2014).

Si se desea reducir la coerción, ¿por dónde empezar dada la extensión e ubicuidad de las prácticas coercitivas en Salud Mental? Tal vez la sentencia latina que a nuestro entender ilustra buena parte de la práctica de la coerción en Salud Mental pueda orientarnos: *qui potest plus potest minus*: la sujeción mecánica, el resto de medidas coercitivas hospitalarias dramáticas y la condición *sine qua non* para que se produzcan, el internamiento involuntario (Torres-González, 2016).

11. Hacia una clínica sin coerción

Al pasar revista en el capítulo anterior al catálogo de intervenciones diseñadas para reducir la corrección con, como se ha visto, un éxito limitado en el mejor de los casos, se corre el riesgo de que los árboles no nos permitan ver el bosque, la naturaleza del modelo asistencial actual en Salud Mental, su vinculación con la coerción, y la necesidad de cambios radicales y desarrollo de modelos alternativos si se pretende superar esta última.

Lo dice el manifiesto de Cartagena al sugerir que para superar la coerción en el campo de la Salud Mental será necesario “transformar discursos, culturas y servicios”. Es la misma opinión del relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, Dainius Puras, que ha pedido recientemente una revisión “revolucionaria” de los sistemas de Salud Mental en todo el mundo, basada en el respeto de los derechos humanos y la superación del modelo biomédico, en particular sus asimetrías de poder entre expertos y usuarios y su uso sesgado de las evidencias científicas (ONU - Consejo de Derechos Humanos, 2017).

Las medidas correctivas de la coerción tropiezan siempre cuando se confrontan al núcleo duro de la propuesta biomédica, el ingreso y el tratamiento psicofarmacológico aún en contra de la voluntad del paciente. Buena parte de la práctica asistencial actual se sustenta en postergar el principio de autonomía de la persona con el fin de obtener su propio bien, al considerar que la enfermedad que padece la vuelve incapaz. Por otra parte, nadie concibe una recuperación clínica y funcional sin la recuperación de la autonomía perdida. Recuperar la autonomía suplantando a la persona resulta paradójico, pero es lo habitual en la práctica clínica del modelo biomédico o técnico, conocido también como Psiquiatría Basada en la Evidencia, dominante en Salud Mental.

Es muy posible que la fantasía de profesionales bien intencionados sea seguir haciendo la misma clínica que practican actualmente, pero evitando la coerción. Se trata de una ilusión, porque la clínica basada en el modelo técnico, en la que el experto sabe lo que le ocurre al paciente sin contar con él, lleva incorporado el

germen paternalista de imponer el tratamiento, exceptuando si el usuario está de acuerdo con el modelo que el profesional mantiene, algo muy infrecuente en los pacientes más graves.

En la búsqueda de alternativas al modelo actual desarrollaremos en las páginas que siguen una serie de cuestiones en torno a tres dimensiones: la ética de los servicios y su aplicación a la atención en Salud Mental, el modelo asistencial y su organización en servicios, y las habilidades necesarias para desarrollar prácticas alternativas.

a) Introducción. Dónde inspirarnos

El modelo biomédico no es el único actualmente en vigor en el proceso asistencial de los trastornos mentales.

Los modelos que nos interesan respecto a la coerción son aquellos que hayan experimentado un desarrollo asistencial y que sean integrales, es decir que contemplen el proceso de ayuda en todas las fases posibles, incluyendo formas de intervención en situaciones difíciles y respecto a toda la población de un área sanitaria, como el Diálogo Abierto (Seikkula y Arnkil 2016).

Se propugna una asistencia en Salud Mental basada en la atención individualizada, centrada en la persona, en identificar sus necesidades y recursos, partiendo de su propia definición del sufrimiento. Se trata de una clínica basada no en el diagnóstico y tratamiento, sino en el encuentro entre alguien que sufre y un equipo que escucha, acompaña y ayuda, buscando una comprensión conjunta generada mediante el diálogo y una perspectiva colaborativa. La intervención en crisis sustituye a las urgencias psiquiátricas, se retrasan las intervenciones dirigidas a la reducción de síntomas, uso de antipsicóticos o tranquilización rápida, se sustituyen las unidades de agudos por hospitalizaciones a domicilio, hogares, centros pequeños y acogedores, y se incluyen a familiares y a la red informal del paciente en el tratamiento, en un horizonte que apunta a la funcionalidad y a la recuperación más que al bloqueo de síntomas.

En este modelo, que llamaremos colaborativo, la imposición del tratamiento y las medidas de coerción ocupan menos lugar, no son estructurales, y cuando se aplican se hacen desde el buen trato, el respeto y la reparación del posible daño causado (Alanen, 2003; Seikkula y Arnkil, 2016; Cooke, 2016; Slade, 2009; Read y Dillon, 2016; Beresford, 2010; Kylan y Smith, 2009; Russo y Sweeney, 2016).

Por otra parte, el propio modelo biomédico, el de mayor desarrollo e implantación, es tan simplista que difícilmente alcanza la categoría de modelo

para la gestión de las situaciones difíciles: su actividad principal ante el paciente con desbordamiento emocional o conductual son los fármacos sedativos.

A la hora de buscar inspiración para una clínica sin coerción también nos resultarán útiles las ideas y desarrollos de profesionales que han trabajado y estudiado sobre las situaciones y personas con alteraciones mentales graves, usando modelos centrados en la persona o perspectivas de integración, de los que se pueden resaltar muchos otros ejemplos (Haley, 1995; Fromm-Reichmann, 1973; Sullivan, 1962; Alanen, 2003; Rogers, 1976; Chadwick, 2009; Beck et al., 2010; etc.). Igualmente es adecuado considerar la perspectiva de los profesionales que se posicionaron contra los abordajes coercitivos, como Basaglia, Laing, Szasz, y muchos otros más. Un ejemplo de posicionamiento es el manifiesto contra la coerción realizado por la agrupación Network Against Coercive Psychiatry (1990), firmado por usuarios, teóricos, clínicos reputados y otras figuras de la cultura y las humanidades. Evidentemente siguen siendo útiles las ideas de quienes se caracterizaron históricamente por la restauración de los derechos y el trato digno a los enfermos mentales, como Pinel, Tuke, Gardiner Hill, Conolly, etc. y hay que mirar con interés los posicionamientos y desarrollos al respecto de la coerción de asociaciones de profesionales como la Dresden WPA Thematic Conference impulsada por la World Psychiatric Association (WPA) (WPA, 2007) y de las de usuarios (National Coalition for Mental Health Recovery, 2013; Aminoff et al. 2010).

Las monografías existentes realizadas por personas o grupos sensibilizados con el tema de la coerción también deben ser una fuente de apoyo e inspiración, así como las realizadas respecto a la recuperación, entendida más allá de la remisión de síntomas (Davidson et al. 2015; Kirk et al. 2013).

La ética aplicada a los servicios públicos ha desarrollado el sistema de valores que debe de tener un servicio de orientación pública, un campo donde la manera de tratar al ciudadano usuario es un factor clave. Esa interacción entre servicios y usuarios necesita de una atención especial desde un punto de vista ético (Cortina Orts, 2009) también en Salud Mental.

b) La ética de los servicios públicos. Su aplicación en Salud Mental. El diálogo con los usuarios. La confianza. La seguridad.

Que los servicios públicos deben estar al servicio de los ciudadanos es una premisa reconocida no solo porque es la colectividad quien los mantiene, sino porque su objeto fundacional es servir a estos para que sean más felices o tengan una vida con sentido. Aunque esa felicidad o sentido vital se puede definir de

muchas formas, suele aceptarse que la intervención debe de ayudar a que cada persona tenga las mayores posibilidades de llevar a buen puerto su proyecto vital. En esta perspectiva hay un acento en la emancipación, o si se prefiere en la autonomía personal.

Son los gestores de lo social, especialmente los políticos, quienes definen la necesidad pública y la ayuda que puede suministrarse. Esto supone un techo a la pretensión de favorecer la autonomía, pero no la limita como principio.

En nuestra sociedad la actividad de los servicios públicos se conforma basándose en valores como la libertad, la igualdad, la solidaridad, el diálogo, el respeto activo y los derechos humanos. Adela Cortina (1996) nos dice que además hay que considerar dos principios que deben regir la relación de los servicios con los ciudadanos:

1. Tratar al otro como un fin y nunca simplemente como un medio, lo que nos orienta también al principio de reciprocidad, tratar como quisieras ser tratado. (Cooke, 2016)
2. Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales. No se puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión (Cortina, 1996, 2002).

Aceptar el segundo principio implica seguir considerando al otro como persona más allá de las situaciones en las que no sea fácil entenderlo o parezca irracional. En las situaciones y relaciones difíciles se debe seguir aplicando el principio de caridad interpretativa, en la línea que postuló Donald Davidson (Forero Mora, 2010).

Los servicios no solo deben acomodar la asignación protocolizada de ayuda según los derechos y el principio de justicia, sino que deben establecer una comunicación con sus usuarios identificando sus necesidades personales para ajustar la ayuda que necesitan. Esta individualización de la asistencia es el proceso que se denomina de personalización o de humanización de los servicios. Cuando el profesional permanece conectado al asistido, recogiendo sus necesidades, es cuando este se define como tal, al reconocer la situación definida por el usuario y sus valores como la guía más importante para su labor.

El diálogo es necesario para conocer la situación que explica el usuario, su percepción de los problemas, su visión del mundo y su perspectiva contextual y biográfica. La ayuda solo puede darse si se adapta a su sistema de valores. Es necesario hablar de las dificultades, considerar las causas según la visión del usuario, dilucidar las necesidades, movilizar los recursos existentes, y ajustar la ayuda que se considere adecuada dentro de una concepción de la situación problemática

compartida, en un proceso de deliberación conjunta entre usuarios, allegados, profesionales y otros interesados. El diálogo debe continuar en la implantación de la ayuda, en la evaluación continuada de los resultados, y también en el proceso fundamental de acompañamiento.

No parece necesario recalcar que estos procesos son especialmente peculiares y diversos en Salud Mental donde las personas se encuentran a veces en situaciones de vulnerabilidad extrema, límite, y donde los avatares de ayuda pueden adquirir una dimensión de drama humano. Quien acoge a la persona necesitada de ayuda puede verse impactado por la situación del asistido, se puede emocionar, lo que hace que la relación de ayuda tenga un componente no solo profesional sino también personal.

Para que el diálogo sea posible los usuarios han de ser considerados como personas, y estos tienen que apreciar al profesional y a los servicios como agentes confiables. Las personas que acuden al servicio han de encontrar un interlocutor profesional que a ojos del usuario se muestre digno de su confianza. La confianza solo se da sobre lo real, entre personas, no es un procedimiento reglado.

En situaciones ordinarias puede ser suficiente para confiar saber que se respetarán los derechos de la persona, que se ocuparán de su caso conforme a las leyes. En la asistencia en Salud Mental se requiere algo más porque muchos de sus usuarios son personas que fueron dañadas en su intimidad más personal y con dificultades en la capacidad de confiar.

Se dice que alguien confía en otro cuando siente que este no le va a dañar y se encuentra seguro ante él. La confianza necesita creer que el otro va a tratar con delicadeza lo confiado, su persona, su secreto, su dolor... que no será traicionado, es decir que el profesional actuará con una actitud similar con la que trataría a un familiar en una situación semejante. Necesita creer que el otro está interesado de forma respetuosa en la persona y en su situación. Cuando están en juego cosas personales importantes el usuario puede tener dificultades en confiar hasta que llegue a considerar al profesional como una persona digna de su confianza, incluso por encima del servicio y sus funciones (Potter, 2009).

Las personas en situaciones muy difíciles, desesperadas o abrumadoras, a causa de sus graves problemas o por estados mentales confusos, pueden posicionarse en estados en los que les resulta muy difícil confiar. Confiar la intimidad es arriesgado para todos pero más para quienes han sido dañados previamente, a veces por los propios servicios a los que acuden buscando ayuda, o quienes han sufrido traumas y se encontraron solos ante ellos, más si ocurrió en la infancia y adolescencia. Buena parte de los usuarios de Salud Mental, especialmente los más vulnerables, permanecen en alerta, activados emocionalmente y se sienten inseguros. Para

ellas confiar puede ser literalmente imposible. Sin embargo, la recuperación de la capacidad de confiar puede ser el punto crucial que marque la diferencia entre la recuperación y la no recuperación (Fuller, 2015; Potter, 2009).

El profesional de salud mental necesita encarar el restablecer la capacidad de confianza en personas que tienen muchas dificultades en confiar. La tarea del profesional ante estas personas es una muy especial, pero también fundamental, en la relación de ayuda, algo para lo que el profesional rara vez ha sido formado.

Hacer crecer la confianza significa, ineludiblemente, crear desde el principio un espacio de seguridad que sirva para alentar la recuperación (Fuller, 2015).

Proporcionar seguridad significa reconocer la existencia de una dimensión de protección que el servicio se compromete a proporcionar a quienes acuden necesitando ayuda. El contacto con el servicio, sea voluntario, por necesidad o imperativo, debe significar que se realizarán los esfuerzos posibles para que el usuario se sienta seguro, y que se le ofrece un espacio en el que se vele por ello. También se le dará un espacio que le ayude a calmarse. Para ello evidentemente se le debe reconocer como persona, es decir, que “cualquier sujeto capaz de lenguaje y acción puede participar en el discurso” o que “no puede impedirse a ninguna persona hacer valer sus derechos establecidos, mediante coacción interna o externa al discurso” (Habermas, 2008). En Salud Mental el profesional ha de entender que existen situaciones difíciles en las que las personas tienen dificultades para expresarse de forma directa, por lo que se necesita especial paciencia y ayuda para aclarar el discurso de la persona. Es necesario fomentar la autonomía en vez de suplantarla.

Los servicios de ayuda en Salud Mental deben garantizar la seguridad de los usuarios, proporcionar confianza, e impulsar el diálogo. No son los únicos principios éticos de los servicios, pero estos se refieren al trato directo con el usuario. La excepcionalidad a los mismos debe estar bien justificada y no debe ser frecuente ni mucho menos la norma.

c) Los modelos clínicos

La coerción en Salud Mental, a pesar de su omnipresencia, no ha conseguido obtener buenos resultados clínicos en lo que a la remisión sintomática o a la recuperación de las personas se refiere. Al contrario, el destino debilitante del paciente, lo que en el argot del modelo biomédico se llama evolución tórpida, es muy frecuente a pesar de una intervención clínica y un control ejercido durante años.

Como en un bucle, en el campo asistencial de la Salud Mental resurgen movimientos que cuestionan las prácticas dominantes, como sucedía antaño con

el asilo psiquiátrico, y a principios del siglo XXI encontramos una corriente crítica con el modelo dominante que incluye a antiguos usuarios, pacientes, profesionales y otros sectores involucrados.

c.1) El modelo dominante, biomédico y técnico. La psiquiatría basada en la evidencia

El modelo asistencial actual en Salud Mental surge del modelo médico con el que comparte características generales. Se ha desarrollado a partir de los años 80 del siglo pasado, con la elaboración del DSM III y el predominio de la psicofarmacología, desbancando a otras perspectivas clínicas.

Es un modelo cuya aplicación gira en torno a un técnico experto, en general un psiquiatra, comparable a cualquier otro especialista médico: posee unos conocimientos científicos sobre el sufrimiento mental que le permiten categorizarlo como enfermedad o trastorno y prescribir el tratamiento adecuado para cada categoría. Los instrumentos básicos para la intervención técnica son la exploración clínica, el diagnóstico y la asignación de un tratamiento específico. Un experto interroga adecuadamente al paciente, categoriza su malestar y lo trata, esperando que el paciente se acomode al remedio prescrito.

Es un modelo centrado en la enfermedad que supone que la persona sufre de algo similar a las enfermedades somáticas, y se recuperará combatiendo los síntomas con remedios especializados. El modelo puede prescindir de la persona y actuar a su favor sin contar con ella; todo el saber necesario para la cura está en el experto, el internista de la mente, y fuera del conocimiento del paciente.

Se acepta la definición de los diagnósticos tipo DSM, CIE... no solo desde una perspectiva administrativa o epidemiológica, sino como verdaderas entidades clínicas cuyos signos nucleares, de escasa fiabilidad y menor validez, se convierten en las dianas clínicas del tratamiento. Se aborda el sufrimiento mental combatiendo los signos nucleares del trastorno, sin contar con la definición del sufrimiento realizado por el paciente. El juego de interacciones entre el desarrollo de la psicofarmacología y el de las sucesivas ediciones del DSM ha hecho que coincidan esos signos diana con aquellos a los que la intervención farmacológica puede alcanzar reduciendo su intensidad.

El modelo farmacológico centrado en la enfermedad sugiere que la efectividad que se les atribuye a los fármacos se debe a que modifican las condiciones subyacentes de la enfermedad, del mismo modo que el antibiótico ataca a la infección, o la insulina beneficia al diabético. La narrativa más vulgarizada es que el paciente padece un

desequilibrio de neurotransmisores que el fármaco se encargará de reequilibrar. Es una idea que se transmite a los pacientes explicándoles que sufren de una condición médica como otra cualquiera, un problema bioquímico del cerebro que necesita de un fármaco que lo corrija.

Como no rara vez la intervención no funciona completamente o es completamente insatisfactoria, el clínico deberá de apelar a segundas opciones como el aumento de la dosis, algoritmos de cambios o de combinaciones de fármacos, aún a sabiendas de que se trata de opciones con menor peso de evidencia que las primeras. No se vislumbran alternativas, y clínico y paciente pueden acabar atrapados durante un tiempo prolongado en un ensayo de opciones farmacológicas que no alivian al paciente y complican su evolución. Cuando esto sucede las atribuciones se aplican a un trastorno “resistente al tratamiento” y no al abordaje utilizado.

No se requiere ninguna acción de la persona excepto tomar el fármaco y esperar su recuperación y la vuelta al nivel premórbido. Dentro de este modelo, la restauración de la autonomía de una persona que la ha perdido de forma moderada o grave se hace depender del efecto del fármaco. Que se trate de un cuadro depresivo con una visión pesimista y apática, o de una percepción de la realidad distorsionada por delirios o alucinaciones da igual: la autonomía volverá de la restauración del estado premórbido mediante la disminución de los síntomas procurada por los fármacos.

La subordinada de esta ecuación es que si se administra a la persona el fármaco contra su voluntad mejorará igualmente, como pasa en las infecciones. En el modelo biomédico la coerción no solo se usa para evitar que la persona se haga daño o dañe a otros, sino para conseguir que no abandone el tratamiento. La coerción es necesaria para reducir el progreso de la enfermedad y los estragos que produce.

Aceptada esta premisa, no resulta extraño encontrar entre los partidarios del modelo defensores de la coerción adecuadamente aplicada basada en la creencia, a veces sin fisura alguna frente a las evidencias de signo contrario, en las grandes virtudes del tratamiento impuesto a la hora de evitar deterioro, sufrimiento y daño social. Quienes creen sinceramente que es excesivo el uso actual de la coerción y apuestan por limitarlo de forma relevante tropiezan con el núcleo duro del modelo, la necesidad de imponer el tratamiento.

De hecho, buena parte de los usuarios de salud mental siguen su tratamiento bajo una presión procedente de los servicios de salud mental, sociales, judiciales y otros, y de sus familiares que adhieren al modelo.

El consentimiento informado brilla por su ausencia, no se explica a usuarios y familiares el alcance, límites y riesgos de los tratamientos psicofarmacológicos.

Tampoco la existencia de abordajes alternativos. Es un déficit habitual en Salud Mental, no solo en el caso de los pacientes más severos sino también en el resto, tanto en la asistencia psiquiátrica especializada como en la asistencia primaria que se ocupa de personas con sufrimiento emocional.

Aunque el modelo biomédico es el paradigma, este tipo de práctica clínica se produce también en algunos modelos de intervención psicológica no contextuales, con la diferencia de que necesitan, como la mayoría de las intervenciones psicológicas, de la colaboración de los pacientes que deben de tomar parte de forma activa en el tratamiento para implementar las técnicas prescritas.

Richard Bentall, un psicólogo e investigador crítico con el modelo biomédico lo caracteriza como sigue: la alteración es una enfermedad del cerebro, diagnosticar la enfermedad y prescribir el tratamiento es lo fundamental, la reducción de los síntomas es la diana clínica, lo que hay que hacer lo decide el experto, los fármacos son el remedio básico, conviene convencer a los pacientes para que tomen la medicación, en los caso graves se obligará a los pacientes a seguir el tratamiento, y el psiquiatra es el profesional con las habilidades necesarias para facilitar la ayuda adecuada (Bentall, 2010).

El modelo biomédico suele responder a las críticas apelando a la ciencia. Se trata de un recurso retórico pues cualquier modelo asistencial moderno necesita considerar el saber científico sobre el tema. Hoy es obvio que la llamada Psiquiatría Basada en la Evidencia no es más que un lábel, una marca, y no un cúmulo de conocimientos científicos (Bentall, 2010, Berrios, 2010; Hickey y Roberts, 2011). De hecho, se ha mostrado ampliamente deficitaria en sus fundamentos científicos, bases biológicas y fisiopatología de sus constructos, dando por válidas hipótesis no comprobadas o incluso refutadas.

Tampoco existe, como se ha visto, aval alguno para el uso coercitivo como una práctica que aumente la recuperación de los usuarios o que aporte mejoras en la funcionalidad.

c.2) El modelo centrado en la persona

Existe otra larga tradición de un trato diferente a las personas con sufrimiento mental, que se puede reconocer desde Pinel y el tratamiento moral antes de que se constituyera propiamente la psiquiatría.

Esta tradición ha transitado históricamente mediante distintas experiencias de tratamiento que han mantenido un trato respetuoso con el paciente intentado comprender su sufrimiento considerando su persona. Sus perspectivas teóricas

han sido muy diversas. Ponen el acento en aspectos inconscientes de la mente, en lo relacional, en los traumas biográficos, en los sistemas interaccionales, en la gestión de los procesos cognitivos o en el desarraigo social. Les diferencia también aquello que han considerado valioso para conseguir el cambio, la relación clínica, el insight, el cambio de los estilos de regulación emocional, el desarrollo de una narrativa personal, la construcción de hábitos saludable o la modificación del espacio social.

Los hacedores del DSM III promulgaron que la actividad del resto de escuelas clínicas no había demostrado tener resultados. Curiosamente, la evaluación de resultados, en especial a largo plazo y desde una perspectiva funcional, no es el punto fuerte de la Psiquiatría Basada en la Evidencia, que nunca ha podido demostrar resultados satisfactorios o superiores a los de otros abordajes alternativos.

Los aspectos comunes de estos últimos es que tratan con la persona, considerando su malestar como una parte que habla de ella y de su vida. Las dianas clínicas se centran en la integración y en el desarrollo personal. Los aspectos contextuales, sean cognitivos o verbales, relacionales o biográficos, están presentes en primera línea. El sufrimiento tiene un sentido que es posible comprender. La calidad de la relación entre el terapeuta y el paciente es un aspecto central. Sus desarrollos técnicos hacen referencia a las formas de interaccionar con los pacientes y acomodarse a sus situaciones y a sus estados psíquicos. Algunos de estos enfoques recogen el entorno familiar como un contexto en el que debatir y mejorar el apoyo. Otros procuran desarrollar recursos para mejorar las condiciones de vida. La vertiente psicosocial resulta muy relevante en la ayuda a prestar.

La perspectiva que integra estas tradiciones es la denominada colaborativa. Se trata de un concepto desarrollado por la terapia cognitivo conductual pero que en la actualidad la trasciende. Es una perspectiva en la que el profesional se acomoda a la situación presente del usuario y le acompaña hasta su recuperación. Se inicia con el diálogo con el paciente sobre aquello que le atañe, se busca una comprensión conjunta, se identifican las necesidades del paciente y se realiza un plan conjunto para conseguirlas. Puede que el contacto entre el usuario y el profesional sean complejo, que haya problemas de comprensión, pero se parte de la idea que el profesional está formado para abrir un diálogo en situaciones complejas que pueden incluir alucinaciones, delirios y estados emocionales abrumadores. Se requiere que el profesional sea competente en diversas formas de ayuda y capaz de encontrar y movilizar recursos, entre ellos el del entorno del paciente para que este le apoye en esos momentos complejos.

El desarrollo actual más relevante de esta modalidad es el Diálogo Abierto, una intervención dialógica en situaciones de crisis, que se inicia y se realiza dentro del núcleo de allegados, donde la comprensión compartida es el eje central, incluido la toma de decisiones sobre los recursos a utilizar. Es una intervención que evita los ingresos en buena medida y utiliza poca o ninguna medicación antipsicótica, en un proceso cuyo objetivo es la recuperación funcional, con excelentes resultados para la mayoría de personas del espectro de la esquizofrenia. La coerción permanece fuera del núcleo del sistema (Seikkula y Arnkill, 2016)

Estos modelos integran los valores de ética aplicada que deben regir los servicios, como el diálogo y la deliberación, la atención individualizada, el cuidado, la confianza y la seguridad. Su relación con los usuarios se sitúa lejos del paternalismo y la coerción.

	Modelo biomédico	Asistencia colaborativa
Ante una crisis	Se interviene para reducirla	Se inicia un diálogo, se abre un espacio de comprensión
Ante el estado de sufrimiento	Traduce el sufrimiento del paciente a un diagnóstico	Se acepta la definición de paciente, es el punto de partida para la comprensión conjunta
La intervención	Se dirige a eliminar síntomas	Se identifican las necesidades de forma conjunta y se realizan planes compartidos
La narrativa	La persona padece una enfermedad	Se acepta que hay situaciones en las que las personas se encuentran en dificultades. Se identifican los factores que pueden estar presentes o se acepta la comprensión personal.
Los métodos	Psicofármacos	Los recursos personales y profesionales.
El cuidado propuesto	La persona debe ser monitorizada y tomar la medicación adecuadamente	Trabajo conjunto para comprender y conseguir objetivos

d) En torno a la organización de los servicios

En los servicios sanitarios se entiende que en las situaciones graves el cuidado hospitalario puede ser necesario. Algo similar ocurre en Salud Mental. Se considera que los casos graves deben ser ingresados en medio hospitalario, en nuestros días en las UHP. Es comprensible, puesto que permitir a los casos más disruptivos el permanecer dentro de la comunidad puede acarrear más problemas. No obstante, la opción de ingresar en una planta hospitalaria no es ajena al modelo biomédico, que la entiende como una actividad que normaliza la asistencia psiquiátrica ya que trata al paciente “como cualquier otra especialidad”, además de la idea de que el trastorno mental puede estar vinculado a patología somática y necesitar la proximidad del hospital general, con sus medios diagnósticos y terapéuticos.

En los servicios sanitarios generales no es la gravedad el único factor que pesa para decidir el ingreso del paciente. Más importante aún es que los cuidados necesitados no puedan realizarse en medio ambulatorio. De hecho, algunos desarrollos recientes del sistema hospitalario se encaminan a dar más cuidados especializados a domicilio, bajo la denominación de hospitalización o asistencia en domicilio.

En Salud Mental asistimos a lo contrario. Los dispositivos de índole hospitalaria, en régimen de internamiento total o parcial, siguen creciendo. Se asiste en España a una vuelta de los dispositivos ambulatorios asistenciales al hospital, en este caso hospital general, al desarrollo desde las UHP de servicios ambulatorios e intervenciones comunitarias, en general dirigidas a pacientes en crisis, o con diagnósticos graves, o al desarrollo de servicios altamente especializados en rehabilitación, o tratamiento de pacientes graves en régimen hospitalario.

Nada de esto sirve para una mayor adecuación a las necesidades del paciente, sino para la implementación de programas que buscan en primer lugar la adherencia del paciente, no rara vez mediante procedimientos de coerción.

La alternativa es promover servicios ambulatorios con equipos que presten la asistencia en crisis sin que el usuario abandone la comunidad o lo haga por un tiempo muy breve, tras una decisión tomada en un encuentro entre los profesionales, el paciente y su entorno. Es el mismo equipo el que debiera responsabilizarse de las intervenciones clínicas en uno u otro dispositivo, incluyendo el hospitalario. En este modelo no es la gravedad sino las posibilidades de intervención conjuntamente evaluadas las que sirven para decidir sobre el ingreso.

Los ingresos no necesitan en su mayoría hacerse dentro del entorno de un hospital general, ni siquiera necesitan realizarse en un hospital, al menos como se concibe actualmente. Lo habitual es que las UHP no estén acondicionadas para pacientes no encamados, cuyos movimientos no están limitados, y para los que la ayuda necesaria en momentos de crisis es fundamentalmente la de apoyo, diálogo, conversación, actividades relajantes, espacio personal, seguridad, cuidado acogedor, acompañamiento, apoyo y visitas de las personas cercanas...

“Necesitaba un lugar seguro, donde no pudiera hacerme gran daño, hasta que estuviera emocionalmente recuperado. Y también necesitaba que alguien pudiera hacerse cargo de mí...” indica un usuario (MIND, 2011). Esta debiera ser la función básica de los ingresos. Considerando esta perspectiva hay una tradición amplia en el campo asistencial que proviene de los asilos basados en el tratamiento moral llegando a las casas de crisis actuales, incluyendo las numerosas comunidades terapéuticas existentes en la actualidad y los refugios, el sistema de acogida por familias, entre otros servicios. Todos pueden considerarse como alternativa a las unidades de agudos de psiquiatría (Cooke, 2016). Lo que las caracteriza es un mayor énfasis en desarrollar un núcleo de convivencia y terapia ambiental, estar más alejadas de un enfoque médico, permitir de forma más laxa el proceso personal, mayor autonomía, intimidad y responsabilización de los usuarios, mayor valor a la comunicación y al apoyo verbal. Muchos usuarios aprecian las características de estas modalidades de ingreso.

Una organización de servicios alternativa se traduciría en una asistencia distinta a la actual, mucho menos hospitalocéntrica y con mayor valor de la continuidad de cuidados, entendida como continuidad de los profesionales que atienden el caso en los diferentes dispositivos de tratamiento. Esto supone una diferencia crucial con los actuales servicios compartimentalizados en estructuras estancas, en las que la continuidad de cuidados es una transmisión temporal de responsabilidades de un equipo a otro, en términos de derivación y coordinación.

Partimos de la hipótesis de que la superación de la coerción se puede realizar mejorando los servicios de ayuda. La mejor situación ante la coerción es aquella que establezca un background asistencial que la haga innecesaria: el diálogo, la asistencia personalizada basada en las necesidades consensuadas, la seguridad que proporciona el dispositivo, la dedicación estrecha y flexible, el fomento de la confianza en los servicios y profesionales y la posibilidad de elegir del paciente.

La aplicación de modelos como el del Diálogo Abierto requiere que los servicios puedan organizarse en torno a las siguientes premisas:

1. En situación de crisis:

- a) El equipo que detecta el caso y lo recoge desde el primer momento seguirá haciéndose cargo del mismo en toda su trayectoria.
- b) Se integrará, además del paciente, a sus allegados.
- c) Desde el inicio se dará la posibilidad de hablar de la situación difícil, la crisis, los problemas, y su significado. El equipo dispondrá de tiempo suficiente para abrir y mantener un espacio de comprensión.
- d) En el contacto entre profesionales, paciente y allegados se decidirá qué hacer: una reunión al día siguiente, el uso de medicación, integrar a otras personas a la reunión... Si se decide ingresar, las reuniones continuarán durante el ingreso, y si se decide permanecer en el domicilio se ofrecerá un apoyo telefónico o de otro tipo hasta la reunión próxima a realizar en un plazo breve. Si se decide ingresar, se discutirá también donde hacerlo entre diferentes alternativas.

2. En el resto de situaciones:

- a) Desde el primer contacto se podrá hablar de las dificultades existentes. Se tendrá en cuenta la posibilidad de integrar rápidamente a los allegados del paciente. La exploración clínica para establecer un diagnóstico se pospondrá al debate sobre las dificultades.
- b) Establecer las necesidades del caso y el plan de intervención será una tarea compartida.
- c) El tiempo a dedicar al caso y el calendario de atención dependerá de las necesidades y la evolución de la situación; el profesional y el equipo deben tener la posibilidad de flexibilizar el espacio y el tipo de atención.
- d) El usuario debe poder decidir el tipo de ayuda que quiere obtener, desde sus recursos informales y personales hasta técnicas especializadas, como una TCC o una psicoterapia, o terapia familiar, incluyendo el uso de medicación. Que el usuario elija disponiendo de una información adecuada de los procedimientos propuestos, debe considerarse una buena práctica insoslayable.

Priman los procedimientos ambulatorios sobre los hospitalarios, la elección del usuario sobre la imposición de lo adecuado, y el diálogo comprensivo sobre el diagnóstico, la indicación clínica y la prescripción del profesional. El profesional lo es por su capacidad y formación para participar en la comprensión conjunta, y en alentar y hacer crecer la autonomía en vez de suplantarla.

En esta organización de los servicios el punto central no son los servicios super-especializados, sino el Centro de Salud Mental, con equipos polivalentes capaces de integrar los recursos profesionales que pueda requerir el caso y los recursos informales del usuario. El equipo y el profesional deben poder dedicar un tiempo flexible acorde a las necesidades del caso.

No existe un equipo de urgencias o especializado en crisis. El equipo ambulatorio ha de asegurar la posibilidad de intervención en crisis mediante una permanencia de 24hx24h 7x7 días a la semana.

Este sistema promociona el diálogo con el usuario, se adapta a sus necesidades, se muestra flexible a los cambios que sucedan, y personaliza al máximo la actuación, proporcionando seguridad y confianza al dar cabida a las elecciones y hablar de las dificultades.

e) Sobre las habilidades que requieren los profesionales para superar la coerción y las situaciones de crisis.

La perspectiva colaborativa proporciona una mejor disposición para que las situaciones que inducen la actividad coercitiva no se presenten.

Además de la del Diálogo abierto existe un corpus abundante de experiencias, descripciones clínicas y desarrollos teóricos acerca de las habilidades necesarias para intervenir según un modelo colaborativo con diferentes tipos de pacientes, incluidos aquellos que generan la mayor parte de situaciones de crisis, los trastornos de inestabilidad emocional y límites de personalidad, TLP, y los pacientes de registro psicótico.

Citaremos para los primeros, los pacientes TLP, el trabajo de la filósofa y experta en bioética aplicada a la psiquiatría Nancy Nyquist Potter (2009) que, inspirándose en el trabajo de Marsha Linehan, describe algunas de las virtudes del clínico dispuesto a colocarse al lado de las personas con estados emocionales desesperados. Desarrolla el tema de cómo ser digno de confianza ante personas con dificultades para confiar y lo que significa restaurar la capacidad de confiar del propio paciente. Propone una actitud ética, que denomina la del viajero en un mundo extraño, que consiste en recoger el significado de las conductas desde la posición y el sentido del paciente. Valora la capacidad de validar y aceptar al paciente, mostrar empatía, una actitud basada en el principio de caridad, y otras virtudes clínicas y éticas. Defiende que su ausencia en la relación clínica, no solo no conseguirá el resultado clínico posible, sino que puede dañar a los pacientes TLP. Potter no solo defiende el desarrollo de esas virtudes como herramientas

clínicas, sino que discute el sistema de creencias que habitualmente se tienen sobre este tipo de pacientes que son tachados de manipuladores y mentirosos, con pensamiento dicotómico, el significado de las autolesiones, etc. de forma que estas conductas resultan comprensibles desde ciertos estados personales, lo que ayuda a normalizar y desarrollar flexibilidad cuando se presentan.

La psicóloga Pamela Fuller (2015) aborda la relación de ayuda a desarrollar ante otro tipo de personas en situaciones crónicas y graves, los pacientes de registro psicótico. El crear un espacio seguro es la primera condición, porque la persona en su vulnerabilidad extrema se halla alerta ante cualquier peligro, aunque manifieste externamente un estado de inexpresividad o congelamiento emocional. Fuller defiende una dedicación minuciosa y respetuosa para establecer las distancias que el paciente necesita para sentirse seguro. El manejo de la confianza y la alianza es muy particular en las fases graves y requiere una actitud y conducta muy delicada por parte del profesional, que ha de moverse con cautela, sin precipitar rechazos y retrocesos. Ha de actuarse de forma respetuosa ante los delirios y alucinaciones y adaptarse a los estados personales y a la fase de la psicosis, lo que requiere toda una serie de habilidades que permitan afianzar el self del paciente y desarrollar su autonomía para que, cuando se encuentre en una posición más segura, con mayor confianza en sí mismo y en el profesional, se pueda trabajar progresivamente el procesamiento del trauma y los delirios y alucinaciones, utilizando una gama amplia de intervenciones clínicas que no excluyen la psicofarmacología.

Es evidente que tanto la obra de Potter como la de Fuller, y las tareas clínicas que sugieren, quedan fuera del modelo biomédico actual. También que sus principios, no suplantar la autonomía del paciente, que el profesional baje a la arena donde el paciente se encuentra y le ayude a restaurar la autonomía... no son compatibles con una coerción, cuya aplicación, según prevén estos modelos, tendría el efecto contrario, el aislamiento, la incapacidad relacional y la pérdida de autonomía.

El modelo colaborativo se ha descrito en numerosas obras. Las de Cooke et al. (2016) y la de Seikkula y Arnkil (2016) pueden ser las más recientes.

Ambas tienen la peculiaridad de considerar los numerosos recursos que se pueden integrar en un abordaje colaborativo, además de dar cuenta de las habilidades y actitudes que los profesionales y los servicios deben desarrollar. Es un modelo que también ha sido propugnado, en algunos aspectos, por instancias en principio más partidarias del modelo técnico o biomédico como es el caso del Royal College of Psychiatrists (2008) que apela a “apoyar a las personas en el logro de las metas que establecen para sí mismas, aunque se crea que las mismas no son realistas”.

El fomento de las prácticas colaborativas y la adquisición de las habilidades necesarias para su desarrollo no solo promueve una clínica más acorde con la ética pública que debe regir los servicios de ayuda, sino que también reduce la posibilidad y la necesidad de las prácticas coercitivas. En la asistencia a Salud Mental los resultados publicados por estos modelos son mejores que los ordinarios habituales, y se trata de prácticas factibles desde un punto de vista coste-beneficio.

En lo que se refiere a las habilidades para situarse ante situaciones con violencia, desde el campo psicológico se han elaborado una serie de estrategias y actitudes que se utilizan actualmente en situaciones extremas por profesionales de los cuerpos de seguridad. Lo que resulta asombroso es que se hayan olvidado en el campo que las inspiró.

El equipo psicosocial de atención a crisis de Palo Alto (Everstin y Everstine, 2007) cita las siguientes actitudes conductas y posiciones a aprender y desarrollar ante las situaciones de crisis:

- Dotar de un contexto a la situación presentada implicando al sistema de apoyo natural.
- El profesional se debe establecer como un interlocutor visible, con capacidad de desplazarse al lugar de la crisis, y de tomar decisiones, e impulsar un diálogo empático.
- Dirigirse personalmente a la persona con intención de comprender y conocer las motivaciones de lo que ocurre.
- Dar tiempo al diálogo. Cuando las partes aceptan el diálogo el proceso ya está en vías de solución, pero se requiere tiempo.
- No juzgar, ni expresar actitudes valorativas, especialmente de tipo despreciativo.
- Retrasar todo lo posible la irrupción de la fuerza.

Ante situaciones en las que la persona quiere hacerse daño o tiene deseos suicidas, estas podrían ser unas guías posibles:

- Si la persona quiere hacerse daño y se encuentre agitada e intenta golpearse, puede requerir sujeción, pero no debe ser medicada salvo que lo desee. Tampoco debe dejarse sola. Se requiere una persona que permanezca a su lado, empática y comprensiva, con deseo genuino de comprender, que se muestre dialogante con la persona y no solo respecto al motivo de la contención, dispuesta a retirar la sujeción lo más rápidamente y que permanezca a su lado tras la retirada de la contención.

- No se debe atar a la persona y dejarla sola en ningún momento. Es necesario prevenir la experiencia de vivir una experiencia, inhumana y cruel, en la que la persona desea la muerte y permanece atada y sola.
- Abrir el diálogo y transitar en la conversación según lo que desee la persona. Permitir la franqueza.
- La comprensión empática.
- El acompañamiento emocional.
- La validación de la persona, sus motivos y sus sentimientos.
- No banalizar las percepciones y las palabras de la persona.
- Activar el sistema de apoyo solo si es conveniente, pero sin alimentar esperanzas de reanudar la relación interrumpida, si este fuera el caso, y estar presente si es conveniente en ese encuentro más tarde.

Ante situaciones de amenaza o riesgo inminente de daño a otros o a sí mismo:

- La primera opción es sentarse a hablar con la persona y crear un espacio de comprensión sobre lo que ocurre y las motivaciones y el estado presente de la persona. Esto significa dar tiempo al diálogo, dado que estas situaciones rara vez se resuelven en unos pocos minutos.
- Si no existe forma de dialogar o reconducir a la persona de forma satisfactoria se puede proceder a la sujeción.
- Sedar la persona hasta hacerla dormir u obtener una indiferencia neuroléptica mediante los antipsicóticos no debería ser una opción.
- Permanecer junto a la persona sujeta y continuar el diálogo posible durante todo el tiempo que dure la contención, y de forma especial mientras la persona permanece alterada, y comunicarle que la razón de la medida no es dañarle, es lo conveniente. El objetivo ha de ser mantener el diálogo, tranquilizar, y reafirmar que a pesar de la sujeción se está en un espacio seguro, que se podrá seguir hablando y que la actitud de ayuda se mantiene. Mantenerse amable en esa situación, explicar e impulsar el diálogo es la actitud básica adecuada.

Cuando se inicia una situación de agresividad en una UHP o en otro dispositivo asistencial los profesionales deben conocer y haber sido formados en técnicas básicas para afrontar la situación y enfriar el encrespamiento, como las técnicas de desescalada. El profesional ha de buscar una posición relacional adecuada a la situación y mantenerse dispuesto a seguir hablando tras la vuelta a una situación tranquila, considerando las necesidades y las razones de la persona que se mostró agresiva.

Recientemente se está extendiendo la denominada “contención verbal” una expresión muy desafortunada. Su orientación es muchas veces la de intentar superar la situación hablando, pero con la amenaza velada de la sujeción. Lo importante para el profesional parece ser el evitar que la persona pase al acto, y solo muy secundariamente la actitud genuina de entender y validar a la persona y sus sentimientos y sus necesidades. El mensaje implícito, “es mejor que pares porque si no acabarás atado”.

La perspectiva que aquí se defiende es entender lo que ocurre, qué es lo que ha molestado o dañado a la persona, algo accesible basándose en razones humanas y no psicopatológicas, y seguir hablando y pensando en la salida que se puede dar a lo que le ocurre. Si eso fallara, el mensaje que ha de transmitir la sujeción es el de “debo sujetarte porque tengo que evitar que alguien resulte dañado, pero no niego que tengas razones para estar enfadado, y seguro que hay que resolverlas, por eso permanezco contigo y seguimos hablando. No se te va a dañar y si se te sujeta no es para castigarte”.

f) Algunas consideraciones adicionales

Impulsar estas actitudes y estas medidas requiere la voluntad de los servicios y la de los profesionales para ponerlas en práctica. Aunque es de suponer que la mayoría de las profesionales acudieron a formarse pensando en ayudar a las personas en dificultades y no en ejercer la coerción, no es fácil cambiar estilos y dinámicas muy enraizados. Junto al compromiso de las asociaciones de profesionales, usuarios y allegados, de los gestores de los servicios y las redes de salud mental, y los grupos políticos, es necesario tener una perspectiva de la promoción de los cambios que necesariamente será gradual.

La promoción de servicios libres de sujeciones y de coerción debe visualizarse de algún modo. En la actualidad la actividad coercitiva suele permanecer silente y aunque sea una intervención clínica mayor, que de hecho se incrusta en la memoria del usuario del servicio que la padece haciendo durar su impacto durante años o toda la vida, es fácil que no se incluya en la historia clínica del paciente y ni siquiera se registre. Es obvio que cuestiones como la sujeción y el aislamiento deben registrarse sin ambigüedad, de forma cualitativa y cuantitativa estadísticamente explotable, categorizando el acontecimiento que las inicia y registrando variables como la duración, visitas al sujetado y otras. Las presiones para mantener al paciente en tratamiento también deben ser descritas en la historia clínica, también de forma cuantificable, como las peticiones del paciente para disminuir o retirar el

tratamiento, la negación o aceptación de la demanda, la preferencia del paciente por otra modalidad de trabajo personal...

La pregunta es si estas prácticas pueden ser recogidas por los mismos profesionales que adhieren a un modelo de intervención que tiende a justificarlas o deberían ser monitorizadas por una instancia ajena al servicio, quizás por el defensor del paciente, comités de bioética o una asociación de ayuda que incluya a antiguos usuarios de los servicios, en mejor situación para elaborar una memoria al respecto y proponer alternativas. En cualquier caso, los objetivos de disminución cuantificable de las prácticas coercitivas deben de figurar en los pactos de gestión clínica de los servicios.

Otro campo silente de las prácticas coercitivas es el de la formación de los profesionales, en la que no suelen abordarse de manera sistemática estas cuestiones y mucho menos la formación en la asistencia libre de coerción, las técnicas terapéuticas que las trascienden, y las habilidades necesarias que necesitan. La formación para entender los problemas de salud mental desde modelos alternativos al biomédico, y las capacidades y habilidades profesionales para trabajar en el campo, incluyen textos y manuales ad hoc, que se están utilizando en algunas facultades de psicología y trabajo social del Reino Unido (Cromby, Harper y Row, 2013). También existen en español excelentes manuales de habilidades que necesitan los profesionales, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, como los de Costa y López (2006, 2012).

En la reducción de las prácticas coercitivas conviene tener en cuenta el papel que puede jugar la reflexión sobre las prácticas particulares, cuando el profesional y el servicio están involucrados en procesos de mejora. Es necesario entender que se trata de procesos de mejora, no de castigar los errores o lo que no se ha hecho de forma óptima, y esto comienza por comprender las propias prácticas. Si los procesos de reflexión se transforman en punitivos es posible que causen daño al equipo y los profesionales y no aporten ninguna ventaja. En este sentido hay dos vertientes que se pueden implementar: los procesos de debriefing y la supervisión clínica:

- El debriefing, un proceso de reflexión reglado y sistematizado para analizar lo ocurrido. Parece conveniente introducir esta cultura de reflexión en los equipos para analizar la contención y la coerción en sus casos concretos, y otros sucesos que resulten de interés.
- Tanto los servicios, como los equipos y los profesionales deben tener acceso a un sistema de supervisión, basado en los principios éticos de los servicios. Se han distinguido dos tipos de supervisión, la centrada en la

institución y la centrada en las actividades del profesional. Ambas pueden ser necesarias para seguir mejorando y ambas tienen una larga tradición en el campo de salud mental, muy distinta en forma y fondo de las sesiones clínicas hoy en día al uso.

g) Conclusión

Superar la coerción puede significar no solo cambiar las prácticas sino también los discursos e incluso los objetivos clínicos. Significa comenzar un diálogo a muchas bandas, con afectados y familiares, profesionales de la formación, escuelas y orientaciones diversas, políticos y gestores, en la que la voz del usuario necesita espacio, no solo como una voz que pide ayuda, sino como voz social.

Las experiencias difíciles de las personas pueden ser entendidas y comprendidas, aunque no siempre de forma inmediata porque las personas pueden verse sobrepasadas por sus emociones y cogniciones, sin ser capaces de expresarse de una forma clara para otros y a veces tampoco para si mismas.

Los principios básicos de la ética aplicada que deben cumplir los servicios al relacionarse con sus usuarios también deben aplicarse en Salud Mental. El diálogo, la seguridad y la confianza alcanzan una relevancia especial en Salud Mental, una dimensión más profunda que en el resto de los servicios públicos y privados, dado que requieren una adaptación especial del profesional, un bajar a la arena casi literal, para encontrarse con el usuario en la situación en que se encuentra y conectarse a él.

La necesidad de superar la coerción, como un requisito ético y clínico, atañe a cualquier modelo asistencial en Salud Mental, aunque es seguramente mucho más fácil en el modelo colaborativo actualmente emergente que en el técnico o biomédico dominante de naturaleza paternalista.

Requiere para su práctica una reorganización y acomodación de los servicios y la formación y el desarrollo de habilidades específicas por parte de los profesionales.

Este que se sugiere no parece un camino fácil, pero es un camino posible y necesario. Se recordaba recientemente que en los lugares donde superar la sujeción física fue un objetivo se consiguió (Gómez Beneyto, 2017). Recordaremos que en los lugares donde mejorar la asistencia fue un deber la coerción también se difuminó (Seikkula y Arnkil, 2016).

Bibliografía

- ADERHOLD, V. y STASNY, P. (2016). Guía para utilizar los neurolepticos a dosis mínimas, por qué y cómo. MIAH. [Consultado 28-01-2017] Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/guia-para-utilizar-los-neurolepticos-a-dosis-minimas-por-que-y-como/>
- AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS (2016). Manifiesto de Cartagena [Consultado 18-03-2017] Disponible en <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
- ALANEN, Y. (2003). La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia.
- AMINOFF, K., BOEVINK, W., DAUMERIE, N., FINKELSTEIN, C., GAUCI, D., GEOGHEGAN, P. et al. (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental. El empoderamiento no es un destino, sino un camino. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Editado por Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 27-1-2017] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- ALDRIDGE, M.A., (2012). Addressing non-adherence to antipsychotic medication: a harm-reduction approach. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 Feb;19(1):85-96.
- AMADOR, X. (2010). ¡No estoy enfermo, no necesito ayuda! Barcelona: Mayo Ediciones.
- ANDERSON, K.K., RODRIGUES, M., MANN, K., VOINESKOS, A., Mulsant, B.H., GEORGE, T.P. et al (2015) Minimal evidence that untreated psychosis damages brain structures: a systematic review *Schizophr Res*. Mar;162(1-3):222-33
- ANDERSON, S. (2015). Coercion. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), [Consultado el 02-01-2017] disponible en <https://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/coercion>
- ANDREASEN, N. (1984). *The broken brain*. USA: Harper & Row.
- ANDREASEN, N. (2003). *Un cerebro feliz. La conquista de la enfermedad mental en la era del genoma*. España: Ars Medica.
- Anuario de Psicología Jurídica, 26, 70–79.
- BAK, J. y AGGERNÆS, H. (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry*. Oct;66(5):297-302.
- BAK, J., BRANDT-CHRISTENSEN, M., SESTOFT, D.M., ZOFFMANN, V. (2012). Mechanical restraint--which interventions prevent episodes of mechanical restraint?- a systematic review. *Perspect Psychiatr Care*. Apr;48(2):83-94.
- BAKER, M., (2014). The Economist Intelligence Unit "Mental Health and Integration. Provision for supporting people with mental illness: a comparison of 30 European countries" [Consultado 3-01-2017] Disponible en: http://www.west-info.eu/the-best-eu-country-for-integrating-mentally-disabled/eiu-janssen_mental_health/

- BECK, A.T., RECTOR, N.A., STOLAR, N. Y GRANT, P. (2010). Esquizofrenia. Terapia cognitiva, investigación y terapia. Barcelona: Paidós.
- BENTALL, R. (2011). Medicalizar la mente. Barcelona: Herder
- BENTALL, R. (2013). Too much coercion in mental health services. *The Guardian*, 1-2-2013; [Consultado el 10-1-2017] Disponible en: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/feb/01/mental-health-services-coercion>
- BERESFORD, P. (2010). A Straight Talking Introduction to Being a Mental Health Service User. UK: PCCS Books.
- BERGK, J., EINSIEDLER, B., FLAMMER, E. Y STEINERT, T. (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings *Psychiatr Serv.* 2011 Nov;62(11):1310-7.
- BERRIOS, G. (2010). Sobre la medicina basada en la evidencia. Psicoevidencias. Accesible en: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/file>
- BERRIOS, G. y FUENTENEYRO, F. (1996). Delirio: Historia, Clínica, Metateoría. España: Trotta.
- BOWERS, L., NIJMAN, H., SIMPSON, A. Y JONES, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Feb;46(2):143-8.
- BOWERS, L., VAN DER WERF, B., VOKKOLAINEN, A., MUIR-COCHRANE, E., ALLAN, T., ALEXANDER, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: a comparative questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* Mar;44(3):357-64.
- BURNS, T., RUGKÅSA, J., MOLODYSKI, A., DAWSON, J., YEELES, K., VAZQUEZ-MONTES, M. et al. (2013) Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet.* May 11;381(9878):1627-33
- CALCEDO BARBA, A. (2000). La coacción y el engaño en la práctica de la psiquiatría. Ponencia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [Consultado el 10-1-2017] Disponible en: https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa14/conferencias/14_ci_e.htm
- CALCEDO BARBA, A. (2012). Jornada de Tratamiento Ambulatorio Involuntario en Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global, organizado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 16 de Marzo de 2012, Madrid. [Consultado el 10-1-2017] Disponible en : <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2012/01/Programa.pdf>, y video <https://vimeo.com/39569938>
- CAMPBELL, L.A. y KISELY, S.R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness, *Cochrane Database Syst Rev.* Jan 21;(1):CD005963.
- CANDIA, P.C., BARBA, A.C. (2011) Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of the research *Curr Opin Psychiatry.* Sep;24(5): 442-6.

- CANVIN K, RUGKÅSA J, SINCLAIR J, BURNS T. (2013). Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *Int J Law Psychiatry*. Mar-Apr;36(2):100-6.
- CHADWICK, P. (2009). *Terapia Cognitiva Basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia.
- COLES S., KEENAN, S. y DIAMOND, B. (editors) (2013). *Madness contested: Power and practice*. UK: PCCCS-Books.
- COOKE, A. (Editor) (2016). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia*. Division of Clinical Psychology (The British Psychological Society) [Consultado el 28-1-2017] Disponible en <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>
- CORSTENS D, LONGDEN E, RYDINGER B, BENTALL R & VAN OS J., (2013): Treatment of hallucinations: A comment, *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*,5:1, 98-102
- CORTINA ORTS, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades Humanas*. Isegoría, 13, 119-134.
- CORTINA ORTS, A. (2002). La Dimensión Pública de las Éticas Aplicadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, Número 29, Mayo-Agosto.
- CORTINA ORTS, A. (2009). Ética, servicios sociales y ciudadanía. I Simposio de Ética Aplicada a la Intervención Social, Girona, 28 y 29 de Mayo de 2009. Accesible en: http://etica.campusarnau.org/2009/downloads/conferencia-adela-cortina-_28.05.2009_1.pdf
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir*. Madrid. Pirámide.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2012). *Manual de consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- COWMAN, S., BJÖRKDAHL, A., CLARKE, E., GETHIN, G., MAGUIRE, J.; European Violence in Psychiatry Research Group (EviPRG). (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res*. Jan 19;17(1):59.
- CROMBY, HARPER y ROW, EDITORS. (2013) *Psychology, Mental Health and Distress*. UK: Palgrave Macmillan.
- CURTICE, M. (2008). Article 3 of the Human Rights Act 1998: implications for clinical practice *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 14, 389–397
- DAVIDSON, L., RAKFELDT, J. y STRAUSS, J. (2015). *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría. Lecciones aprendidas*. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- DE JONG, M.H., KAMPERMAN, A.M., OORSCHOT, M., PRIEBE, S., BRAMER, W., VAN DE SANDE, R. et al. (2016) Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Jul 1;73(7):657-64

- DENNIS, D.L. y MONAHAN J. (editors) (1996). Coercion and aggressive community treatment. A new frontier in Mental Health law. New York: Springer Science.
- DIETERICH, M., IRVING, C.B., BERGMAN, H., KHOKHAR, M.A., PARK, B. Y MARSHALL, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 6;1:CD007906.
- D'ORIO, B.M., PURSELLE, D., STEVENS, D., GARLOW, S.J. (2004). Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. May;55(5):581-3.
- ESBEC, E. y ECHEBURÚA, E. (2016), Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica* Vol. 26,(1).70-9. DOI: 10.1016/j.apj.2015.12.001.
- EVERSTINE, D.S. y EVERSTINE, L. (2007). Personas en crisis: intervenciones, terapéuticas, estratégicas. Mexico: Editorial Pax.
- FARRELLY, S., BROWN, G., ROSE, D., DOHERTY, E., HENDERSON, R.C., BIRCHWOOD, M. et al. (2014) What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Oct;49(10):1609-17
- FIORILLO, A., DE ROSA, C., DEL VECCHIO, V., JURJANZ, L., SCHNALL, K., ONCHEV, G., ALEXIEV, S. et al. (2011), How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiatry*. May;26(4):201-7.
- FIORILLO, A., GIACCO, D., DE ROSA, C., KALLERT, T., KATSAKOU, C., ONCHEV, G., RABOCH, J. et al. (2012) Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatr Scand*. Jun;125(6):460-7.
- Forero Mora, J.A. (2010). El principio de caridad como condición de posibilidad de la fusión de horizontes. III Congreso colombiano de filosofía. Memorias, Publisher: Sociedad Colombiana de Filosofía, pp.19-22. Accesible en: https://www.researchgate.net/publication/313875527_El_principio_de_caridad_como_condicion_de_posibilidad_de_la_fusion_de_horizontes
- FOUCAULT, M. (2013). El nacimiento de la clínica Una arqueología de la mirada médica. España: S XXI.
- FROMM-REICHMANN, F. (1962). Psicoterapia en las psicosis. Buenos Aires: Hormé.
- FROMM-REICHMANN, F. (1973). Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia. Buenos Aires: Hormé.
- FRUEH, B.C., KNAPP, R.G., CUSACK, K.J., GRUBAUGH, A.L., SAUVAGEOT, J.A., COUSINS, V.C., YIM, E., ROBINS, C.S., MONNIER, J., HIERS, T.G. (2005) Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*. September, Vol. 56 No. 9
- FUKUI, S., SALLYERS, M.P., RAPP, C., GOSCHA, R., YOUNG, L., MABRY, A. Supporting shared decision making beyond consumer-prescriber interactions: Initial development of the Common Ground fidelity scale (2016). *Am J Psychiatr Rehabil*. 19(3):252-267
- FULLER, P. (2015). Sobrevivir, Existir, Vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave. Barcelona: Herder.

- GAEBEL, W. y ZÄSKE, H. (2011). Coercive treatment and stigma – is there a link?, en Kallert, T.W., Mezzich, J.E. y Monahan, J. (editors). *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects*. (p. 13-32). UK: Wiley.
- GAISAM Grupo andaluz de investigación en Salud Mental. Universidad de Granada (2010) Criterios para el Empleo de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica y en el traslado hasta el Hospital. [consultado el 08/04/2017] http://www.1decada4.es/_recursos/enlaces_etica/Criterios_para_el_empleo_de_medidas_coercitivas.pdf
- GEEKIE, J. y READ, J. (2012). *El sentido de la locura*. Barcelona: Herder.
- GEORGIEVA, I., MULDER, C.L. y WHITTINGTON, R. (2012). Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*. May 30;12:54.
- GERGEL, T. y OWEN, GS. (2015) Fluctuating capacity and advance decision-making in Bipolar Affective Disorder -Self-binding directives and self-determination. *Int J Law Psychiatry*. May-Jun;40:92-101
- GIACCO, D. y PRIEBE, S. (2016). Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. *PLoS One*. May 12;11(5):e0154458.
- GIRELA, E., LÓPEZ, A., ORTEGA, L., DE-JUAN, J., RUIZ, F., BOSCH, J.I., BARRIOS LF et al. (2014). Variables associated with the use of coercive measures on psychiatric patients in Spanish penitentiary centers. *Biomed Res Int*. 928740.
- GÓMEZ BENEYTO, M. (2017). Prevención de la coerción. Ponencia en la mesa Medidas coercitivas: Avanzando en alternativas. XXVII Jornadas Nacionales de Salud Mental de la AEN. 2 de junio de 2017. Madrid.
- GONZALEZ-TORRES, M.A., FERNANDEZ-RIVAS, A., BUSTAMANTE, S., RICO-VILADEMOROS, F., VIVANCO, E., MARTINEZ, K., VECINO, M.A. et al. (2014). Impact of the creation and implementation of a clinical management guideline for personality disorders in reducing use of mechanical restraints in a psychiatric inpatient unit. *Prim Care Companion CNS Disord*. Dec 25;16(6).
- GRAVIER, B. y EYTAN, A. (2011) Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte *Rev Med Suisse*. Sep 21;7(309):1806, 1808-11.
- HABERMAS, J. (2008). *Conciencia Moral y Acción Comunicativa*. Madrid. Trotta.
- HADDAD, P.M., BRAIN, C. Y SCOTT, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas*. Jun 23;5:43-62.
- HALEY, J. (1995). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HAMANN, J. y HERES, S. (2014). Adapting Shared Decision Making for Individuals With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv*. Dec 1;65(12):1483-6.
- HAMANN, J., KOHL, S., MCCABE, R., BÜHNER, M., MENDEL, R., ALBUS, M. et al. (2016). What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Apr;51(4):617-25

- HAMANN, J., MENDEL, R., COHEN, R., HERES, S., ZIEGLER, M., BÜHNER M. et al. (2009). Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics *Psychiatr Serv.* Aug;60(8):1107-12.
- HENDERSON, C., FARRELLY, S., MORAN, P., BORSCHMANN, R., THORNICROFT, G., BIRCHWOOD, M. et al. (2015). Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry.* Oct;14(3):281-3.
- HENDERSON, C., FLOOD, C., LEESE, M., THORNICROFT, G., SUTHERBY, K. SZMUKLER G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ.* Jul 17;329(7458):136.
- HICKEY, S. y ROBERTS, H. (2011). *Tarnished Gold: The Sickness of Evidence-based Medicine*. UK: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Holanda practica la eutanasia a una víctima de violencia sexual. *Diario El Mundo* 11/05/2016 [Consultado el 28-1-2017] <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/11/57330f2de5fdea9a0e8b463b.html>
- HOTZY, F. y JAEGER, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment. A Systematic Review. *Front Psychiatry* Dec 12;7:197.
- HUBER, C.G., SCHNEEBERGER, A.R., KOWALINSKI, E., FRÖHLICH, D., VON FELTEN, S., WALTER, M., et al. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry.* Sep;3(9):842-9.
- JACOBSEN, T.B. (2012). Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices. *Curr Opin Psychiatry.* Jul;25(4):307-10.
- JANSSEN, W.A., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L., Bowers, L., Hoogendoorn, A.W., Smit, A. y Widdershoven, G.A. (2013). Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? *Psychiatr Q.* Mar; 84(1):39-52.
- JAYARAM, G., SAMUELS, J., KONRAD, S.S. (2012). Prediction and prevention of aggression and seclusion by early screening and comprehensive seclusion documentation. *Innov Clin Neurosci.* Jul;9(7-8):30-8.
- KALISOVA, L., RABOCH, J., NAWKA, A., SAMPOGNA, G., CIHAL, L., KALLERT, T.W., et al. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Oct;49(10):1619-29.
- KALLERT, T.W., MEZZICH, J.E. y MONAHAN, J. (2011). *Introduction*, en Kallert T.W., Mezzich J.E. y Monahan J. (editors) *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects*. UK: Wiley (p. xi-xii).
- KALLERT, T.W., KATSAKOU, C., ADAMOWSKI, T., DEMBINSKAS, A., FIORILLO, A., KJELLIN, L. et al. (2011) Coerced hospital admission and symptom change--a prospective observational multi-centre study. *PLoS One.* 6(11):e28191.
- KALLERT, TW., GLÖCKNER, M., SCHÜTZWOHL M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* Jun;258(4):195-209.

- KALLERT, TW., GLÖCKNER, M., ONCHEV, G., RABOCH, J., KARASTERGIOU, A., SOLOMON, Z. *et al.* (2005). Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en psiquiatría: diseño del estudio y datos preliminares. *WordPsychiatry*, 3 (3): 167-171.
- KAUR NAGRA, M., PILLINGER, T., PRATA-RIBEIRO, H., KHAZAAL, Y., y MOLODYSKI, A. (2016). Community Treatment Orders-A pause for thought. *Asian J Psychiatr.* Dec;24:1-4
- KELLY BD, CLARKE M, BROWNE S, MCTIGUE O, KAMALI M, GERVIN M, KINSELLA A *et al.* (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry.* Apr;19(2):67-71.
- KELLY, B.D. (2015). *Dignity, Mental Health and Human Rights Coercion and the Law*. UK: Ashgate.
- KENDALL, T. (2013) Paying patients with psychosis to improve adherence. This approach can work *BMJ* 2013;347:f5782.
- KHAZAAL, Y., MANGHI, R., DELAHAYE, M., MACHADO, A., PENZENSTADLER, L. y MOLODYSKI, A. (2014). Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health.* Apr 29;2:37.
- KILYON, J. y SMITH, T. (2009). *A Straight Talking Introduction to Caring for Someone with Mental Health Problems* UK: PCCS Books.
- KIRK, S.A. GOMORY, T. y COHEN, D. (2013). *Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs* USA: Transaction Publishers.
- KISELY, S.R. y CAMPBELL, L.A. (2014). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 12. Art. No.: CD004408
- KMIETOWICZ, Z. (2013). Johnson & Johnson to pay \$2.2bn to settle charges of false marketing on three drugs. *BMJ.* Nov 6;347:f6696.
- KONTIO, R., ANTILA, M., LANTTA, T., KAUPPI, K., JOFFE, G., VÄLIMÄKI, M. (2014). Toward a safer working environment on psychiatric wards: service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspect Psychiatr Care.* Oct;50(4):271-9.
- LACRO, J.P., DUNN, L.B., DOLDER, C.R., LECKBAND, S.G. y JESTE, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry.* Oct;63(10):892-909
- LARGE, M.M. y RYAN, C.J. (2014). Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Sep;49(9):1353-5.
- LAW, H., MORRISON, A.P. (2014). Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophr Bull.* Nov;40(6):1347-55.
- LIDZ, C.W. (1998). Coercion in psychiatric care: what have we learned from research? *J Am Acad Psychiatry Law.* 26(4):631-7.
- LIEBERMAN, J.A. (2016). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Ediciones B.
- LÜTZÉN, K. (1998). Subtle coercion in psychiatric practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 5(2):101-7.

- MAÎTRE, E., DEBIEN, C., NICAISE, P., WYNGAERDEN, F., LE GALUDEC, M., GENEST, P. et al (2013) Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives *Encephale*. 2013 Sep;39(4):244-51.
- MAYORAL, F., TORRES-GONZÁLEZ, F., HERNÁNDEZ, C. y BARRIOS, L.F. (2007). Coercive measures in Spanish psychiatric units (EUNOMIA-study) Oral Presentation from WPA Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review Dresden, Germany. 6–8 June 2007 BMC Psychiatry 7(Suppl 1):S45.
- MCCABE, R., KHANOM, H., BAILEY, P., PRIEBE, S. (2013). Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Educ Couns*. Jun;91(3):326-8.
- MIND (2011). Listening to experience: An independent inquiry into acute and crisis mental healthcare. London: MIND publications
- MOLODYSKI A. RUGKÅSA J. y BURNS T. (Editors) (2016). Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives. UK: OUP Oxford.
- MOLODYSKI, A., KHAZAL, Y. y CALLARD, F. (2016). Coercion in mental healthcare: time for a change in direction. [Guest Editorial] *B J Psych International*. 13(1): 1-3.
- MONAHAN, J. (2011). Mandate psychiatric treatment in the community – forms, prevalence, outcomes and controversies, en Kallert, T.W., Mezzich, J.E. y Monahan, J. (editors). *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects*. UK: Wiley.
- MONAHAN, J., BONNIE, R.J., APPELBAUM, P.S., HYDE, P.S., STEADMAN, H.J. y SWARTZ, M.S. (2001). Mandated community treatment: beyond outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. Sep;52(9):1198-205.
- MONAHAN, J., REDLICH, A.D., SWANSON, J., ROBBINS, P.C., APPELBAUM, P.S., PETRILA, J., STEADMAN, H.J., et al. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatr Serv*. Jan;56(1):37-44.
- MORGAN, A. y FELTON, A. (2013). *From Constructive Engagement to Coerced Recovery*, en Coles, S., Keenan, S. y Diamond, B. (editors). *Madness contested: Power and practice*. Cap. 4, p. 56-73. UK: PCCCS-Books.
- MORRISON, A.P., HUTTON, P., SHIERS, D. y TURKINGTON, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? (Editorial). *Br J Psychiatry*. Aug;201:83-4.
- MUSTAFA, F.A. Why clinicians still use community treatment orders (2015) *Acta Psychiatr Scand*. Oct;132(4):309-10
- National Coalition for Mental Health Recovery. Position Statement on Alternatives to Force and Coercion in Mental Health Treatment, 2013 [Consultado el 28-1-2017] Disponible en: <http://www.ncmhr.org/policy/AlternativesToForce.htm>
- NAWKA, A., KALISOVA, L., RABOCH, J., GIACCO, D., CIHAL, L. ONCHEV, G., et al (2013) Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. Oct 11;13:257.
- Network Against Coercive Psychiatry (1990). *Manifesto Against Coercive Psychiatry*. Accesible en: http://www.sethfarber.com/network_against_coercive_psychiatry_50532.htm

- NEWTON-HOWES, G., MULLEN, R. (2011) Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes *Psychiatr Serv.* May;62(5):465-70
- NIELSEN, O.B., LARGE, M.M. (2015) Mental Health Laws Influence the Duration of Untreated Psychosis *Psychiatr Serv.* Nov;66(11):1254
- OKAI, D., OWEN, G., MCGUIRE, H., SINGH, S., CHURCHILL, R., HOTOPF, M. (2007) Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry.* Oct;191:291-7
- ONU - Consejo de Derechos Humanos (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 35º período de sesiones, 6 a 23 de junio. Tema 3 de la agenda. Accesible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>
- PAKSARIAN, D., MOJTABAI, R., KOTOV, R., CULLEN, B., NUGENT, K.L. y BROMET, E.J. (2014). Perceptions of hospitalization-related trauma and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Serv.* February 1; 65(2): 266–269. doi:10.1176/appi.ps.201200556
- PERKINS, D.O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry.* 60 Suppl 21:25-30.
- PESCOSOLIDO, B.A., MONAHAN, J., LINK, B.G., STUEVE, A. y KIKUZAWA, S. (1999) The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health.* Sep;89(9):1339-45.
- POL YANGUAS, E. (2015). Los medicamentos en psiquiatría: antipsicóticos [consultado el 15-01-2017. Disponible en: https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2016/09/farmacos-psiquiatricos_emilio-pol-yanguas_primera-vocal.pdf]
- PORTER, R. (2003). *Historia breve de la locura*. España: Turner.
- POTTER, N. N. (2009). *Mapping the Edges and the In-between: A critical analysis of Borderline Personality Disorder*. USA: Oxford University Press.
- PRATS, J. (2014). Enfermos mentales y presos para siempre. *Diario El País*, 6 de abril 2014. [Consultado el 28-1-2017] Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/06/actualidad/1396816993_32_2595.html
- PRESSMAN J.D. (1998). *Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine*. USA: Cambridge University Press.
- PRIEBE, S., BREMNER, S.A., PAVLICKOVA, H. (2016). Discontinuing financial incentives for adherence to antipsychotic depot medication: long-term outcomes of a cluster randomised controlled trial *BMJ Open.* Sep 21;6(9):e011673.
- PRIEBE, S., KATSAKOU, C., GLÖCKNER, M., DEMBINSKAS, A., FIORILLO, A., KARASTERGIOU, A., KIEJNA, A. et al. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry.* Mar;196(3):179-85.
- Priebe, S., Katsakou, C., Yeeles, K., Amos, T., Morriss, R., Wang, D., Wykes, T. (2011). Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* Aug;261(5):377-86

- PRIEBE, S., YEELES, K., BREMNER, S., LAUBER, C., ELDRIDGE, S., ASHBY, D., et al. (2013) Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. Oct 7;347:f5847.
- RABOCH J, KALISOVÁ L, NAWKA A, KITZLEROVÁ E, ONCHEV G, KARASTERGIOU A, MAGLIANO L, et al. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries *Psychiatr Serv*. Oct;61(10):1012-7.
- RAMOS POZÓN, S. y ROMÁN MAESTRE, B. (2014). Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34 (121), 21-35.
- READ, J. y DILLON, J. (editors) (2016). *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder.
- ROGERS, C. R. (1976). *Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. USA: Greenwood Pub Group.
- Royal College of Psychiatrists (2008). Fair Deal for Mental Health. Our Manifesto for a 3 Year Campaign Dedicated to Tackling Inequality in Mental Healthcare. Royal College of Psychiatrists. (<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/fairdeal.aspx>).
- RUCHLEWSKA, A., WIERDSMA, AI., KAMPERMAN, AM., VAN DER GAAG, M., SMULDERS, R., ROOSENSCHOON, B. et al.. (2014) Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS One*. Mar 19;9(3):e91882
- RUGKÅSA J, MOLODYSKI A, YEELES K, VAZQUEZ MONTES M, VISSER C, BURNS T; OCTET Group (2015) Community treatment orders: clinical and social outcomes, and a subgroup analysis from the OCTET RCT. *Acta Psychiatr Scand*. May;131(5):321-9.
- RUNTE-GEIDEL, A., GIRELA, E. LÓPEZ, A., RUIZ, F., TORRES-GONZÁLEZ, F. (2014). Estudio de las medidas coercitivas en centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios: opiniones de internos y profesionales *Rev Esp Sanid Penit* 16: 3-10.
- RUSSO, J y SWEENEY, A. (editors) (2016). *Searching for a Rose Garden: challenging psychiatry, fostering mad studies*. UK: PCCS Books.
- SALIZE, H.J. y DRESSING, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. Feb;184:163-8.
- SAN JUAN, J. (2016). ¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psico-fármacos. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- SCANLAN, JN. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. Jul;56(4):412-23.
- SEIKKULA, J. y ARNKILL, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- SHORTER, E. (1998). *Historia de la psiquiatría: desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*. España: Rathiopharm.
- SLADE M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. UK: Cambridge University Press.
- SREBNIK, D.S. y RUSSO, J. (2007). Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions. *Psychiatr Serv*. Sep;58(9):1157-63.

- SREBNIK, D.S., RUTHERFORD, L.T., PETO, T., RUSSO, J., ZICK, E., JAFFE, C., ET AL. (2005). The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv.* May;56(5):592-8.
- Star Wards- At a Glance Guide (2015). [Consultado el 25/03/2017] disponible en <http://wardstars.org/download/star-wards-at-a-glance-guide/>
- STEINERT, T. (2016). *An International Perspective on the Use of Coercive Measures*, en Völlm, B. y Nedopi, N. (editors). *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical, Challenges*. Cap. 6, p. 87-100. Suiza: Springer International Publishing.
- STEINERT, T., BIRK, M., FLAMMER, E. y BERGK, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv.* Oct;64(10):1012-7.
- STEINERT, T., LEPPING, P., BERNHARDSGRÜTTER, R., CONCA, A., HATLING, T., JANSSEN, W., KESKI- VALKAMA, A., et al., (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Sep;45(9):889-97.
- STEINERT, T., NOORTHORN, E.O. y MULDER, C.L. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Front Public Health.* Sep 24;2:141
- STEPHENSON, R. (2016). Informe sobre una experiencia de ingreso en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 36(129):239-243
- STUBER, J.P., ROCHA, A., CHRISTIAN, A. y LINK, B.G. (2014). Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatr Serv.* Apr 1;65(4):490-7.
- SULLIVAN, H.S. (1954). Esquizofrenia como un proceso humano. México: Herrero Hnos.
- SWANSON, J.W., SWARTZ, M.S., ELBOGEN, E.B., VAN DORN, R.A, WAGNER, H.R., MOSER L.A., et al (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *J Ment Health.* Jan 1;17(3):255-267.
- SZASZ, T.S. (1982). The psychiatric will. A new mechanism for protecting persons against “psychosis” and psychiatry. *Am Psychol.* Jul;37(7):762-70.
- SZASZ, T.S. (2009). *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. USA: Transaction Publishers.
- SZMUKLER G, DAW R, CALLARD F. (2014). Mental health law and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry.* May-Jun;37(3):245-52.
- SZMUKLER G. (2015a). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry.* Oct;14(3):259-61.
- SZMUKLER G. (2015b). Is there a place for community treatment orders after the OCTET study? *Acta Psychiatr Scand.* May;131(5):330-2
- TARRIER, N., KHAN, S., CATER, J. y PICKEN, A. (2007). The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 42:29–35.

- THORNICROFT, G., FARRELLY, S., SZMUKLER, G., BIRCHWOOD, M., WAHEED, W., FLACH, C., et al. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*. May 11;381(9878):1634-41
- THORNICROFT, G., ROSE, D. y MEHTA, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*. vol. 16, 53–59.
- TIZON, J. (2014). *Entender la psicosis. Un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.
- Torres-González, F. (2016) Prácticas coercitivas en la atención a personas con padecimiento o discapacidad mental. *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación* n°11 Diciembre [consultado el 09-04-2017] disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/revista/Revista%20MPD%202016.pdf>
- United Nations (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations, [Consultado el 19-03-2017] disponible en <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- VALDÉS, M. (2015). *La arquitectura de la psiquiatría*. Barcelona: Plataforma.
- VENTEGODT, S., ANDERSEN, N.G., y KANDEL I. (2009). An ethical analysis of contemporary use of coercive persuasion (“brainwashing”, “mind control”) in psychiatry. *Journal of Alternative Medicine Research*. Volume 1, Issue 2:177-188.
- VENTURA FACI, T., NAVÍO ACOSTA, M., ALVAREZ MARRODÁN, I. y BAÓN PÉREZ, B. (2014). La evaluación de la capacidad y sus problemas. *Rev EIDON*, n° 41, junio, 41:12-27.
- VILLAGRÁN, J.M., LARA RUIZ-GRANADOS, I. y GONZÁLEZ-SAIZ, F. (2014). El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(123):491-506.
- VILLAGRÁN, J.M., LARA RUIZ-GRANADOS, I. y GONZÁLEZ-SAIZ, F. (2015). Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (127), 455-472.
- VÖLLM, B. y NEDOPI, N. (2016). Introduction, en Völlm, B. y Nedopi, N. (editors). *Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical, Challenges*. Suiza: Springer International Publishing.
- WPA - World Psychiatric Association (2007). World Psychiatric Association (WPA) Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review. *BMC Psychiatry*, Volume 7 Supplement 1.
- ZELLE H, KEMP K, BONNIE RJ. (2015) Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*. Oct;14(3):278-80.

Aspectos éticos y legislativos

**Jose Leal Rubio, Fernando Santos Urbaneja, Alicia Roig,
Ana Moreno, Mariano Hernández, M^a Eugenia Díez
(Comisión de Ética y Legislación de la AEN)**

1.- Introducción

Cualquier proyecto transformador en el campo de salud mental ha de ser un proyecto ético, es decir, que tenga al sujeto y los valores que le son inherentes en el centro de su práctica como guía de la misma. La desobjetivación de la persona no sólo es efecto de las prácticas ocurridas en los extintos hospitales psiquiátricos u otros lugares de encierro (hubo otros muchos lugares en que se producían), pueden producirse en cualquier espacio asistencial o de cuidado si se desatienden las condiciones humanas en que tales prácticas deben ser desarrolladas.

La preocupación actual sobre los derechos de las personas, y especialmente en los momentos de mayor dificultad y vulnerabilidad, tiene que ser saludada como un avance importante y altamente comprometido que intente, definitivamente, erradicar tantas violencias como se han venido produciendo en las prácticas asistenciales en salud mental.

El escándalo del manicomio, con sus permanentes atentados a la dignidad del sujeto, que llevó a la erradicación de tales instituciones perversas, es el mismo que sentimos en la actualidad con las prácticas llamadas coercitivas. Tal vez sea difícil comparar magnitudes de daño una vez instaurada una práctica inhumana y, por ello, comparar la maldad manicomial con la que puede ser atribuida a las otras prácticas coercitivas, tan inhumanas como las ataduras, sea improductivo. Pero también hay que decir que, en este momento, la profunda movilización que provocan tales prácticas da cuenta de un aumento de sensibilidad hacia las mismas, de una autocrítica frente a los abusos de un supuesto saber científico y de una apuesta por seguir profundizando en la permanentemente necesaria reflexión sobre la gran dificultad para la erradicación de tales prácticas.

Tal vez la desinstitucionalización de la institución física, el manicomio, y otros asilos, no ha ido del todo acompañada de una desinstitucionalización de los modos de hacer extramuros. En este sentido, la toma firme de postura respecto a la práctica de la violencia en los cuidados, pueda ser entendida como una continuación de los procesos desinstitucionalizadores, siempre inconclusos, por la existencia de un modo de manicomio interior que se reproduce cada vez que una situación lleva a ello. Por eso tal vez de lo que se trate, sea de una, ojalá, definitiva desinstitucionalización del maltrato, abuso o cualquier tipo de violencia

ejercidas sobre las personas, por aquellas instituciones y profesionales encargadas de su cuidado. Este cuidado, aún siendo de naturaleza profesional, es un mandato profundamente ético que se inscribe en una ética del cuidado que, como sustento de la ciudadanía, nos exige a todos. Desde esa perspectiva, la ética aplicada en el campo de la salud mental, puede ofrecer, de hecho ofrece, instrumentos para pensar las prácticas. Unas prácticas que, durante muchos años, han estado impregnadas de una especie de cientificismo positivista, más interesado por supuestos éxitos terapéuticos que por las condiciones en que éstos se producían, si es que se puede hablar de efectos terapéuticos a aquellos que se producen en prácticas inaceptables éticamente.

No siempre la búsqueda de soluciones frente a las dificultades que presentan las personas, respecto a su salud mental, han estado guiadas por consideraciones éticas. Es más, con mucha frecuencia aún en la actualidad, el establecimiento de objetivos no ha contado con la necesaria evaluación de la bondad o no de los medios o métodos establecidos para su cumplimiento. La inversión ética, si queremos decirlo, la revolución que plantea la ética aplicada en el campo de la salud mental, es justamente el reconocimiento de una práctica basada en valores y centrada en el sujeto, que no rechaza las llamadas evidencias científicas, pero no las convierte en verdades absolutas ni en coartadas para imponerse sobre el sujeto y sus manifestaciones. La reflexión sobre nuestras acciones y sus efectos es fundamentalmente ética, porque la aplicación de cualquier metodología o técnica ha de estar regida por un conjunto de valores que la orientan y le dan sentido. Desde esa perspectiva podemos decir que la violencia, en cualquiera de sus formas, ejercida sobre un sujeto, o colectivo para obtener un bien, aunque parezca o sea bueno, es totalmente rechazable.

En relación con la llamada contención mecánica, es sabido que la contención emocional llevada a cabo por un equipo en condiciones adecuadas, respetando la escucha, el ritmo del paciente y sus circunstancias, es también más rentable en términos económicos. Siendo este un valioso argumento, conviene decir que, aunque con violencia se llegara a mejores resultados, cosa que no muchos dicen, pero que sí algunas prácticas parecen querer corroborar, dicha práctica o cumplimiento de objetivo debería ser postergado por razones de fundamentos éticos. Tales fundamentos éticos, o ética de las convicciones, es el sustento de una práctica que se basa en los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Es momento de decir, que la desinstitucionalización manicomial, no ha significado necesariamente la desinstitucionalización de las prácticas

violentas y atentatorias a la dignidad y demás derechos de las personas. Y es que “siempre hay un conflicto entre las normas, y relaciones pensadas desde el cuidado a lo humano, y la eficiencia institucional que no es compatible, parece ser, con consideraciones singulares a cada paciente. Por eso, reflexionar sobre el riesgo de esas posibles indeseables situaciones, e intentar un análisis de las condiciones o situaciones que pueden producirse, no obedece más que a la exigencia ética de poner en juicio nuestras prácticas para lograr la mejora posible de las mismas.

Posiblemente, los mayores riesgos de violencia y maltrato, devengan de la asimetría en la relación de cuidados; asimetría entre alguien que carece y necesita y alguien que, al parecer, tiene las posibilidades de satisfacer la necesidad del otro” (Leal, 2009)

Por todo ello, el debate actual sobre las variadas prácticas coercitivas, tanto en el ámbito sanitario como el social, el cuestionamiento sobre la idoneidad de sus indicaciones, y las condiciones de la práctica del procedimiento, es de gran interés, tanto por la frecuencia de su uso en determinadas circunstancias, como por afectar directamente a derechos fundamentales, como la libertad del individuo y el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal.

2.- Desinstitucionalizar

Y es que, la cuestión que se planteó con la desinstitucionalización es la necesidad de pensar una psicopatología y una clínica que incorporen en el análisis, y en la práctica terapéutica, una transformación de las estructuras existentes, los profesionales y todo el campo *psi*. “La emancipación terapéutica (que llega a ser el objetivo sustitutivo de la curación) no puede ser más que la puesta en práctica de acciones y comportamientos que emancipen la estructura entera del campo terapéutico” (Rotelli, 1987).

Lo que falta por hacer es el dismantelamiento de cualquier estructura o comportamiento de poder ejercido desde la arbitrariedad, la prepotencia, aunque esta fuere, por ser comprensivos, la reacción ante la impotencia en situaciones de gran complejidad.

La transformación de las relaciones de poder, tan extremadamente asimétricas como se producían en la institución total, sigue siendo un objetivo de cualquier práctica en las que el poder se ejerce frente a sujeto. “La transformación a hacer tras la desinstitucionalización, se produce a través de gestos muy elementales: eliminar los medios de contención, restablecer las relaciones del individuo con su propio

cuerpo, reconstruir el derecho y la capacidad de uso de los objetos personales, establecer el derecho y la capacidad de utilizar la palabra, eliminar la ergoterapia, abrir la puerta, producir relaciones, espacios y objetos de interlocución, establecer condiciones para la expresión de sentimientos, restituir los derechos civiles eliminando la coacción, la tutela jurídica y el estatus de peligrosidad, reactivar un fondo de ayuda económica para poder acceder a los intercambios sociales, etc.” (Rotelli, 1987)

Son cambios simples en lo cotidiano, pero difíciles, porque prontamente en la relación asistencial se instala la experiencia de poder que puede ejercer el saber mal utilizado, que siempre lo es cuando va contra el otro, lo somete, lo degrada, lo anula, lo violenta, lo desprecia o no lo tiene en cuenta. Porque de ese modo, se olvida que la relación asistencial o de cuidados es ocuparse de una importante modificación de aquellas circunstancias que llevan al sufrimiento, y a modos de vivir dañinos; ello se produce en la cotidianidad, siendo ésta el objeto de cuidado.

Porque el efecto de curar, o la consecución de todos aquellos matices que podamos incorporar a dicho término, no es sino el efecto de prácticas de cuidado, sustentadas en una ética de la cotidianidad y del buen trato lo cual significa reconocer al otro en su singularidad y darle el trato que merece al igual que todo sujeto: respeto, consideración, cortesía, afecto, mirada atenta, etc.

Para ello hace falta pensar en organizaciones sustentadas en valores, que sean flexibles y que generen espacios contenedores para todos aquellos que comparten, pacientes y profesionales.

Y también, reflexionar sobre los modos de incrementar los efectos contenedores de las prácticas en el ámbito de la salud mental, muchas veces limitadas por razones de distinto signo.

3.- Una práctica basada en valores

El sujeto es la razón fundamental de nuestro trabajo. Cuando el sujeto desaparece de la relación asistencial, aparece el objeto de una ciencia que corre el riesgo de considerar, exageradamente, el valor de las llamadas evidencias, de lo demostrable y de la objetividad. Entonces, el saber, la profesión se hace técnica y de ella, se esperan soluciones en términos de curación; su no consecución es vivida como un fracaso profesional. El saber de éste se hace incuestionable, y el saber del sujeto es considerado intrascendente, o directamente despreciable. Manejar el saber, es manejar el poder frente al cual al sujeto solo le queda someterse,

porque toda acción técnica, profesional, estaría sujeta a un modo de saber objetivo, que exige distancia con su objeto de trabajo. La relación asistencial, entonces, prácticamente no existe y el sujeto queda a merced de un saber que se le escapa, y ante el cual solo le queda confiar o rebelarse. Cualquier salirse de esa lógica es interpretado como un problema del sujeto, del paciente. Ello solo se resuelve reponiendo el saber profesional herido. Pasa en muchos campos del hacer humano, desde la educación, cuando se convierte en adiestramiento, hasta la salud en cualquiera de sus especialidades. Si esa posición es siempre rechazable por dañina, lo es más si se puede hablar así, cuando se produce en el campo de la salud y del sufrimiento mental, porque el ser se construye en un entramado de vínculos y relación siendo éstos lo que como causa o efecto, o ambas, quedan dañados en el sufrimiento psíquico.

Esa manera “objetiva” de mirar a la persona que padece huye del sentimiento, porque lo considera ajeno a su campo de trabajo; de ahí se deducen las prácticas poco considerables con el sufrimiento que provoca la violencia, la huella que deja y que es una de las más intensas cuestiones que relatan las personas que han sufrido forzamientos llamados de contención.

Es la revolución de los valores lo que está haciendo que, en este momento, se aborde con tan alto interés las violencias que ejerce cierto tipo de clínica, porque atentan contra valores básicos de las personas.

4.- Los principios de la bioética

En los Estados Unidos, a finales de los años 70, surge el interés por los planteamientos éticos en el campo de la salud, poniendo énfasis en el principio de respeto a las personas lo que implica dos importantes consideraciones: toda persona debe ser tratada como sujeto autónomo. Y, a su vez, toda persona con autonomía disminuida tiene derecho a protección, teniendo en cuenta el principio de autodeterminación.

Los bioeticistas, T. Beauchamp y J. Childress, establecen los cuatro grandes principios que a su juicio deben ser tenidos en cuenta en la práctica sanitaria: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. El principio de No Maleficencia obliga a no “dañar” a las personas. Se relaciona con la buena práctica clínica ejercida por los profesionales sanitarios. Su incumplimiento será castigado por la ley. El principio de Beneficencia obliga a hacer el bien a otras personas, procurándoles el mayor beneficio según sus propios deseos. El principio de Autonomía implica considerar a todas las personas capaces de

tomar decisiones respecto a la aceptación o rechazo de todo aquello que afecta a su propia vida. El principio de Justicia obliga a tratar a todas las personas por igual y no discriminarlas bajo ningún concepto (Beauchamp y Childress, 1999).

En la toma de decisiones que exige la relación asistencial, estos cuatro principios entran, a veces, en conflicto tanto entre sí, como con las consecuencias de los actos clínicos, por lo que se propone, que deben ser dotados de una jerarquía. Así, la No Maleficencia y la Justicia marcan los “mínimos éticos” exigibles siempre, incluso por la ley, por lo que se les denomina de “primer nivel”. Sin embargo, la Autonomía y la Beneficencia, tendrán que respetarse, pero no podrán ser exigibles, por lo que entrarían en el “segundo nivel”.

Vinculado al principio de Autonomía, y como expresión del mismo, se encuentra el consentimiento informado, precursor de las voluntades anticipadas, instrucciones previas, etc.

En 1978, el Informe Belmont desarrolla el concepto de Comité de Ética Asistencial. Estos comités surgen ante la necesidad experimentada por los profesionales sanitarios de compartir decisiones que afectan a los pacientes, y que comportan la contingencia de la incertidumbre, tanto en los resultados de determinadas intervenciones diagnósticas o de tratamiento, como en la valoración de los riesgos y beneficios (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978).

5.- Los desarrollos legislativos

Como se viene planteando a lo largo del texto el uso de medidas coercitivas (mecánicas, farmacológicas y verbales), conlleva una vulneración de los derechos y libertades de los pacientes. Especialmente ataca a la dignidad que es la más alta violencia que pueda ejercerse sobre un sujeto. Puede decirse que el conjunto de normativas, declaraciones, leyes, etc., constituyen los fundamentos éticos sobre los que asentar las prácticas profesionales.

Hay una muy amplia literatura referida a las diversas normativas, que exigen que la práctica profesional esté sujeta a los derechos que dichas leyes y normativas proclaman, e importantes aportaciones de juristas a este tema, como Santos Urbaneja (Santos, F. 2016). En lo que se refiere a aspectos éticos y legales, en todos los documentos, se repiten los mismos argumentos: derecho a la libertad, la dignidad y sujeción a los principios de la bioética. Ese conjunto de principios de respeto a la persona, marcan una frontera infranqueable para cualquier tipo de intervención.

El sometimiento de una persona a las medidas de coerción aquí consideradas (sujeción y aislamiento forzado) afecta a derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española. A la integridad física y moral, y a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE); A la libertad y a la seguridad, y a no ser privado de la misma excepto en los casos y forma previstos en la ley (art. 17.1 CE). A la intimidad personal, al honor y a la propia imagen (art. 18.1 CE). Y a uno de los valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, en tanto que afecta el derecho de autodeterminación individual, que se concreta en relación a esta cuestión, en la libertad de aceptar o rechazar la aplicación de una sujeción, tenga o no finalidad terapéutica, que así entendido, y según precisión del Tribunal Constitucional, no está incluido en la esfera del artículo 17.1 CE cuyo ámbito remite a la «libertad física», sino que se refiere a la autonomía del individuo para elegir entre opciones vitales conforme a sus intereses y preferencias.

Asimismo, el Artículo 10 de la CE. expresa en su capítulo 1 que "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social". Igualmente en el Artículo 2 que "Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España" García, MA (2014).

Es evidente la recuperación, en los últimos tiempos, de un discurso sobre la humanización del trato y tratamiento de las personas con dificultades en su salud mental, "lo cual nos ha dotado de un «sistema» (con todo lo heterodoxo que tiene aquí el empleo de este término) de reconocimiento de principios, regulación de situaciones y establecimiento de procedimientos e instancias garantizadoras". (Barrios y Torres, 2009). "La proclamación del respeto a la dignidad", no falta en ninguna declaración internacional general, como se puede evidenciar en el Art. 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos –DUDH– de 1948, o en textos constitucionales nacionales como el Art. 10.1 de la Constitución Española –CE– de, 1978, en los cuales, se considera uno de los «fundamentos del orden político y de la paz social».

Tampoco está ausente en instrumentos jurídicos sanitarios internacionales y nacionales. El objetivo del llamado «Convenio de Oviedo» es, fundamentalmente, defender la dignidad de la persona «respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina» tal como figura en su título y artículo 1 (Consejo de Europa, 1997)

Y la legislación nacional, con 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 –LAP- de 2002, hace lo propio (arts. 2.1 y 9.5); "Cualquier intervención debe basarse en el principio de respeto a la dignidad y en el principio de legalidad" ya que la privación de libertad sólo puede tener lugar «con arreglo al procedimiento establecido en la Ley» (art. 5.1CEDH, 1950), lo cual es extensible tanto a las restricciones físicas, como a la reclusión involuntaria (Principio 11.11 PONU, 1991).

Significativamente, en el Estudio EUNOMIA (Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T.W., et al., 2014), pudimos comprobar la heterogeneidad normativa europea a la hora de regular el internamiento y la pobreza –cuando no la ausencia de regulación– cuando se trata del empleo de otros medios coercitivos clásicos en psiquiatría (contención y aislamiento).

La Comisión de Ética y Legislación de la AEN PSM, elaboró una Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios, a propósito de la declaración de inconstitucionalidad del artículo 763-1 de la Ley de enjuiciamiento civil, en virtud de la sentencia del tribunal constitucional nº 132/2010 de diciembre, donde señalaba que toda persona ingresada de modo involuntario en un Centro, ya sea de carácter sanitario o asistencial, gozará de todos los derechos legalmente previstos tendentes a salvaguardar su dignidad, su relación con familiares, comunicaciones, etc. Cualquier restricción a estos derechos (contenciones, aislamientos, etc.) deberá ser especialmente indicada y motivada, dejando constancia en el historial, por el profesional competente, y sometida a particular control judicial, que será previo cuando las circunstancias lo permitan. De otro modo se comunicará al Juez a la mayor brevedad, al objeto de que proceda a su evaluación.

Se introduce en este punto, la trascendental cuestión de la salvaguarda de las medidas especialmente restrictivas de derechos, que pueden darse en las Unidades y Centros de hospitalización y se aboga porque dichas medidas estén sometidas a control judicial. Así lo expresó también el Defensor del Pueblo del Estado en un informe de fecha 11 de noviembre de 2005, en los siguientes términos: "Es preciso regular las medidas de contención mecánicas a las que pueden ser sometidos los pacientes que se encuentran internos en un centro médico y la ordenación de los tratamientos especialmente invasivos. Si bien es cierto que con las modificaciones legislativas habidas se ha conseguido una regulación detallada en lo que respecta al proceso que debe seguirse para el internamiento voluntario o involuntario del paciente una vez dentro de dicho centro, el legislador no ha contemplado el régimen de garantías de estas personas, dejando al libre arbitrio de cada hospital

la regulación de esas cuestiones respecto de sus pacientes” (Grupo de “Ética y Legislación” AEN, 2012).

A juicio de esta Institución, la autorización judicial de internamiento que recoge el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no lleva implícita la restricción del derecho a la libertad individual, que se produce cuando los facultativos someten al paciente a medidas de contención mecánica sin la aceptación de aquél. Sería por ello más adecuado desde un punto de vista jurídico, que, en los casos de contención mecánica, no consentida por el paciente, se solicite la correspondiente autorización judicial, cuando dichas medidas no vayan a tomarse de inmediato -supuesto, quizá, poco frecuente- o bien, cuando por razones de urgencia, hayan sido adoptadas, informar al juez. Igual autorización judicial debería recabarse, cuando la persona internada ve limitado alguno de sus derechos como consecuencia del régimen de vida existente en el centro. El Juez, antes de decidir, podrá recabar la opinión de Comités de Ética o Instituciones con competencia en la protección de los derechos de los pacientes.

Como hemos señalado, en el ámbito estatal los derechos fundamentales de la persona con dificultades en su salud mental están garantizados por la Constitución y dichos derechos se concretan en diversos desarrollos legislativos. Pero también organismos internacionales como la Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa llevan a cabo una labor protectora de derechos.

Naciones Unidas, en diciembre de 2006 desarrolla la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (Organización de Naciones Unidas, 2006), ratificados por España, con el propósito de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y condiciones en igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”. Hay que decir, no obstante, que la adecuación de la legislación española y la aplicación de dichas recomendaciones no está siendo fácil y se topa con un alto número de resistencias para su adecuación y desarrollo efectivo.

Actualmente se está elaborando un Protocolo Adicional al ya citado Convenio de Oviedo, relativo a ingresos y tratamiento involuntarios, por el Comité de Bioética del Consejo de Europa. El borrador del 15 de Septiembre de 2017, supone un importante retroceso respecto a otros pronunciamientos como son la citada Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y con el informe del relator de Naciones Unidas para los DDHH, etc. Contra dicha propuesta de Protocolo adicional se han posicionado conjuntamente AEN, Salud Mental España, la Federación Veus de Cataluña y la Federación En Primera

Persona de Andalucía (AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS, 2016).

Hay que citar también las importantes directrices emanadas de Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En los dos últimos años se han llevado a cabo varias iniciativas parlamentarias, en el estado y en algunas autonomías, en general en forma de Propositiones No de Ley, con el objetivo de regular/reducir el uso de la contención mecánica. Merece la pena revisar la extraordinaria recopilación de estas medidas presentadas que ha llevado a cabo Mad in America Hispanohablante.

En noviembre de 2016, Ciudadanos presentó la Proposición No de Ley 161/000707 relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial, para ser discutida en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados. El texto de la proposición se refiere a los centros geriátricos. Podemos, en la discusión y enmiendas, introduce a Salud Mental y hace mención expresa al Manifiesto de Cartagena (AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS, 2016). Esta PNL se aprueba finalmente en junio de 2017. Reproducimos su publicación por su interés:

La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, en su sesión del día 16 de mayo de 2017, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 43, de 3 de noviembre de 2016, en los siguientes términos: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

- 1. Realizar los cambios normativos precisos, tras acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas, para que se proceda a solicitar a todos los centros y residencias geriátricos o centros de asistencia a personas con enfermedades mentales o neurodegenerativas, a llevar un registro que incluya al menos los siguientes conceptos: Número total de pacientes, estado mental de los pacientes, número de pacientes con sujeción mecánica, causa que motiva la necesidad de la misma, medicación que reciben los pacientes y fecha y motivo de instauración, caídas sufridas por los pacientes, número de fracturas, heridas y úlceras por decúbito y necesidad de alimentación forzada.*

2. *Realizar los cambios normativos precisos, tras acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas, para que se proceda a hacer obligatorio la revisión periódica de la necesidad o no de sujeción mecánica por parte de un facultativo del Sistema Nacional de Salud ajeno al centro y sin relación alguna con personal o propietarios que pudiera suponer conflicto de intereses. Dicho facultativo pertenecerá idealmente al centro de salud del área donde este localizada la residencia o centro de asistencia del que se trate.*
3. *Establecer un programa, tras acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud, de instauración progresiva de eliminación de las sujeciones mecánicas mediante la adopción de incentivos para aquellas residencias o centros que se inclinen por un sistema libre de sujeciones. Dichos incentivos incluirán la priorización de dichas residencias en los conciertos, así como, si fuera el caso, mejoras en las condiciones económicas de los mismos.*
4. *Promover mediante cambios en la normativa de edificación las reformas arquitectónicas y de mobiliario necesarias para disminuir la necesidad de sujeciones.*
5. *Promover, tras acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas, el establecimiento de un horizonte temporal para eliminar de los conciertos a entidades que no se hayan adherido a un programa de eliminación de sujeciones.*
6. *Establecer un procedimiento de evaluación de las medidas tomadas.»*

A dicha Proposición no de Ley se formularon tres enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan. Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

En distintos parlamentos autonómicos, que son los que tienen competencias sobre sanidad, se han registrado Proposiciones No de Ley para regular/reducir el uso de la contención mecánica. Se ha aprobado en los parlamentos de Madrid, más focalizado en las residencias geriátricas, Cantabria, Castilla y León y La Rioja. En la Comunidad Andaluza, la proposición ha incluido la propuesta de reducción mínima del 50% de las sujeciones en el año 2020 que se recoge el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

En las Cortes Valencianas se aprobó en junio de 2016, una proposición no de ley sobre las intervenciones sanitarias contra la voluntad de los pacientes, que exige al gobierno la elaboración de definiciones operativas de este tipo de

intervenciones para que puedan ser recogidas en un registro público con los siguientes datos: naturaleza de la intervención y su duración, razones para la aplicación (presencia de trastorno mental, riesgo de perjuicio, uso terapéutico, ausencia de alternativas menos restrictivas, opinión del paciente) y resultado de la intervención. En la misma línea, los parlamentos de Navarra y Principado de Asturias, exigen informes y registros para poder realizar un balance de la aplicación de las contenciones mecánicas en hospitales y centros de salud mental que permitan la posterior adopción de medidas que aseguren el cumplimiento de los derechos fundamentales.

La Comissió de Salut del Parlament de Catalunya, en sesión ordinaria del 11 de mayo de 2017 ha recibido a representantes de la Federació Veus (Federación de Entidades de salud mental en primera persona de Catalunya) para explicar su proyecto “Contenciones Mecánicas 0” en el que incluyen propuestas altamente compartidas por diversas asociaciones e incorporan propuestas como la existencia de un Defensor del Paciente “como órgano independiente, que garantice los derechos en los Ingresos Involuntarios etc.; derecho a tener un abogado y el fácil acceso al juez en las visitas hospitalarias” y otras aportaciones muy considerables.

Todas estas proposiciones instan a los gobiernos correspondientes a trabajar en la dirección señalada, pero no son vinculantes. A fecha de hoy, por ejemplo, sólo conocemos la existencia de un registro autonómico de contenciones mecánicas, en Andalucía, y la preparación de otro, en Navarra.

6.- La apuesta ética: prácticas centradas en valores.

La perspectiva ética en el trabajo en salud mental surge de la consideración del sujeto y de sus derechos como valor supremo.

La mera normativa no es suficiente para la evitación de prácticas de no coerción, y para el objetivo de lograr prácticas basadas en la voluntariedad y el consentimiento. Hacen falta cambios estructurales en las organizaciones de los servicios, los espacios, la formación, las condiciones de los profesionales, etc.

Pero la práctica asistencial está sujeta a los mismos avatares que cualquier práctica, en la que hay que tomar decisiones no siempre en las condiciones deseables. Es ahí cuando aparecen los problemas éticos, a la hora de tener que elegir entre los principios o, mejor, en las diversas posibilidades de aplicación de los mismos.

"En el caso de la salud mental, parece ser que todos los conflictos éticos se mueven en dos ejes, la búsqueda de la mayor seguridad (para el paciente y su entorno) y el respeto a la autonomía de éste. Se da el caso, además, que en la

solución del primer eje pudieran tener más peso e influencia los familiares que los profesionales, es decir, más las habilidades personales que las técnicas, aunque ello también puede reunirlo un profesional" (Gonzalez y otros, 2000)

Max Weber en los inicios del siglo XX hacía referencia a dos tipos de ética que son contrapuestas, y que denominó "ética de la convicción" y "ética de los resultados" (Weber, 1919). Una descripción algo rápida de las mismas nos llevaría a decir que la primera estaría centrada en los juicios morales sin tener en cuenta los resultados, y la segunda a la inversa, más preocupada de los resultados aún a costa de la vulneración de principios. En la primera triunfaría la sintonía con el deber; en la segunda la necesidad de obtener resultados. Ambas se mueven en una posición de absoluto y por ello enteramente confrontadas. La alternativa propuesta por Weber fue la ética de la responsabilidad. Ello quiere decir que, llegado a un punto de decisión, en que ambas éticas se contraponen, hay que buscar una especie de "proporcionalismo ético" que lleva a una práctica basada en los principios, pero que tiene en cuenta la situación y los efectos que pudieran derivarse, en negativo, del absolutismo de la convicción. La obtención de ese proporcionalismo ético está unida al juicio prudente que, en el caso de la salud mental, debería ser efecto de la articulación y reflexión de todos aquellos que deben proponer la toma de una decisión. Para ello hace falta, como señalamos anteriormente, que haya condiciones, las más adecuadas para que el juicio prudente sea posible.

La aplicación de la ética de la convicción, de los principios, o del imperativo categórico, está obligada a tener en cuenta las circunstancias y las consecuencias de su aplicación, para que ello guíe el principio de proporcionalidad y toma de decisión, que basada en valores, es responsable.

Esta es, a nuestro criterio, la situación de mayor complejidad desde una perspectiva ética, cuando trabajamos en situaciones difíciles, en las que está confrontado el principio de autonomía del paciente y la obligación de preservar a éste de situaciones muchas veces irreversibles.

La contención mecánica es siempre un acto indeseable, y tiene que ser vivido por los profesionales como un modo de hacer, que evidencia un fracaso de una práctica necesaria de cuidados, que deberían ser dispensados de manera que esa situación no se produjera. Siempre es un fracaso que tiene como efecto la violentación de derechos. La toma de conciencia de lo extraordinario de esa situación de coerción, si se produce, es imprescindible para abrir la reflexión sobre lo sucedido y proponer medidas que lo eviten. Sabemos que dichas prácticas, con planificación y cambio de condiciones, podrían ser evitadas y lo están siendo en distintos lugares.

La perspectiva ética, y de una práctica sustentada en valores, y en el respeto a las personas y sus derechos, nos lleva necesariamente a una permanente "tensión" que requiere reflexiones y trabajo compartido de lo que, creemos, cada vez hay más conciencia. Pero a la vez, porque con mucha frecuencia, los profesionales nos vemos metidos en complejas situaciones, en las que puede ser extremadamente difícil dar cumplimiento a expectativas o mandatos, muchas veces contradictorios, donde lo que espera, necesita y merece el paciente y su familia, es muy distinto al encargo político-organizativo y de la sociedad. De modo que la erradicación de las prácticas que vulneran, o violentan los derechos de las personas con sufrimiento mental, ha de ser posible por el esfuerzo de los profesionales y sus organizaciones; a ello ayudará el compromiso de una sociedad que tome conciencia de la situación, y se implique también en la defensa de los derechos de todos los sujetos.

El claro rechazo que viene expresándose a ese conjunto de prácticas, que podemos agrupar en el título de violencias sobre el sujeto, sean ataduras u otro tipo de imposiciones, está yendo acompañado de diversas propuestas. Unas claramente apuestan por la evitación directa y pronta de las mismas; sin renunciar a éste objetivo y en un "mientras ello se produce" hay otra perspectiva, con basamento en lo que llamamos la ética de la responsabilidad, desde la que se plantean cuáles habrían de ser las condiciones de la aplicación de tales medidas. Esta situación nos parece especialmente difícil, aunque consideramos que ha de ser abordada si, además, es acompañada por propuestas acerca de cómo generar las condiciones necesarias para la abolición de tales prácticas coercitivas. Significa, poder señalar unas recomendaciones y garantías éticas en las situaciones excepcionales, en las que no se puede evitar una medida coercitiva y, a la vez, pensar en los requisitos o condiciones que han de producirse para que sean innecesarias dichas medidas.

En relación con la primera cuestión, es necesario tener una clara conciencia de que la coerción, en sus diversas formas, es un acto producto del fracaso de otras medidas previas que lo hubieran hecho innecesario y que, por tanto, la elección del mismo no es un acto bueno, sino un acto en ese momento inevitable y excepcional, cuya aplicación debe ir acompañada de cuidados delicados y atentos (Comité de Ética Asistencial, FCCSM, 2005): existencia de un protocolo con una orden médica/enfermera absolutamente indispensable desde el inicio, con la duración menor posible, garantizando la seguridad, la intimidad, la información, el acompañamiento humano necesario, no sustituible por circuitos cerrados u otros tipos de control no humano. Los protocolos deben ser pensados en términos de aplicación respetuosa con la singularidad de cada sujeto, y no caer en la tipificación de grupos de personas; deben, asimismo, incluir el registro de las vivencias y respuestas emocionales de la

persona, durante y una vez finalizada la aplicación de la medida. Ésta nunca puede ser castigo o amenaza, ni ser parte prioritaria del tratamiento, ni ser considerada terapéutica y solo aplicable como medida última ante una situación que no pudo ser resuelta de otro modo. La sensibilización de los equipos respecto a lo traumático de dichas prácticas, ha de llevar a las organizaciones a un trabajo de formación sobre los modos de contener y de soporte a los profesionales en la contención de sus propias vivencias.

Todas éstas, y otras medidas, que definimos como inexcusablemente excepcionales, y a extinguir lo mas prontamente posible, deben llevarse a cabo con una altísima transparencia y un muy preciso registro para evitar situaciones tan actuales como es la casi imposibilidad de saber que está pasando en las instituciones en este momento.

Hacia donde hemos de ir, tras el convencimiento de lo atentatorio que dichas prácticas son hacia las personas y sus derechos, es hacia la generación de modos de hacer que estén basados en el más estricto respeto a los valores y derechos, que es lo propio a prácticas centradas en el sujeto y en la ética, a lo cual debe sujetarse cualquier aplicación o esfuerzo técnico.

Es posible atender con cuidado. Es posible implicarse en prácticas donde la contención sea el resultado de un buen trato sustentado, en la generación de un vínculo basado en el respeto, la dignidad y la reciprocidad.

El abandono de las prácticas coercitivas, en sus múltiples formas, conlleva lo que podemos llamar un cambio cultural o un cambio de paradigma (Bevià y Girón, 2017) en el modo de hacer frente a las cuestiones referidas a la salud mental. Dichos cambios necesarios podemos resumirlos en estos apartados:

- a.- En el ámbito legislativo, la aplicación rigurosa de las diversas normativas protectoras que contempla la Ley y los desarrollos legislativos que sean necesarios pensando en políticas sustentadas en los derechos humanos y los principios éticos.
- b.- Apoyo de los gobiernos, las organizaciones de usuarios y familiares, y las organizaciones profesionales.
- c.- El desarrollo de conciencia de los profesionales y su compromiso activo con modos de hacer regidos por los valores inherentes a las personas.
- d.- La modificación, también en las organizaciones y sus gestores, tanto en sus actitudes, como en la creación de los espacios en que se produce la atención, para que estos no sean hostiles y, al contrario, faciliten la experiencia de ser contenidos a todos aquellos, usuarios y profesionales, que son partícipes de una situación de la persona en momentos especialmente difíciles.

Por todo ello, solo queda señalar que lo que se hace necesario y urgente, es proceder a los cambios de aquellas situaciones organizativas y/o actitudinales, que pudieran estar siendo un obstáculo para el cumplimiento de la legislación y las recomendaciones expresadas por diversos organismos.

Igualmente, seguir reiterando la necesidad de trabajar por el establecimiento de alianzas terapéuticas, sustentadas en un trabajo cuidadoso con la persona, respetuoso en todo momento con sus derechos y lograr así la complementariedad que permita el establecimiento de objetivos compartidos.

Bibliografía

- AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS (2016). Manifiesto de Cartagena [Consultado 18-03-2017] Disponible en <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
- AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS (2017). Posicionamiento sobre el “*Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios*” elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa [Consultado 25-01-2018] Disponible en <https://aen.es/blog/2017/12/11/posicionamiento-sobre-el-protocolo-adicional-al-convenio-de-oviedo/>
- BARRIOS, L.F., TORRES, F. (2009). Derechos humanos y enfermedad mental. Aspectos ético-jurídicos de la violencia institucional en el ámbito de la salud mental. En Markez Alonso, A. Fernández Liria, P. Pérez-Sales (Eds.). Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva. Colección Estudios. Asoc. Esp. Neuropsiq.
- BEAUCHAMP, TL y CHILDRESS, JL, (1999). Principios de la ética biomédica. Barcelona, Masson.
- BEVÍA, B., GIRÓN, M. (2017) Poder, estigma y coerción. Escenarios para una practica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 37(132): 321-329 doi: 10.4321/S0211-57352017000200001
- Comité de Ética Asistencial, FCCSM (2005) “Propuesta sobre Derechos Humanos, Ética y Salud Mental (1). Tratamiento Ambulatorio Obligatorio. Medidas Restrictivas. Barcelona.
- Consejo de Europa (1997) Convenio para la protección de los De rechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo.
- GARCÍA, MA (2014). La contención física de pacientes: cuestiones éticas y legales. Santiago de Compostela. Disponible en <http://www.atopos.es/images/biblioteca/otros/contencion.pdf>
- GONZÁLEZ, C. GONZÁLEZ, A. MORENO, A. PÉREZ, A. RODRÍGUEZ, JL.(2000) Actitudes éticas en la práctica psiquiátrica. En: F Santander (coord). Ética y Praxis Psiquiátrica. Asoc. Esp. Neuropsiq. Estudios 23: 323-374.
- Grupo de “Ética y Legislación” AEN (2012). Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. A propósito de la declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en virtud de sentencia del Tribunal Constitucional N° 132/2010 de 2 de diciembre. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.; 32 (114), 429-434

- III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016) http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_salud_mental
- LEAL, J. (2009) “Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones”. En Márquez, I, Fernández, A, Perez-S, P. “Violencia y Salud Mental” AEN, Madrid.
- Ley 41/2002 Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica (2002) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Madinamérica Hispanohablante (2017). El debate sobre la contención mecánica [Consultado el 02-07-2017] Disponible en (<http://madinamerica-hispanohablante.org/el-debate-sobre-la-contencion-mecanica-irrumpe-en-los-parlamentos-redaccion-de-mad-in-america-hispanohablante/>)
- Organización de Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, 1–42. Retrieved from <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Proposición NO de Ley 161/000707 (2016) http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-229.PDF
- Rotelli, F., de Leonardis, O., Mauri, D. (1987) “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados») Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Voi. VII. N. o 2/.
- SANTOS F. (2017) fernandosantourbaneja.blogspot.com
- WEBER, M. (1919) El político y el científico. Biblioteca Weber. Bibliotecas de autor. El libro de bolsillo. Alianza editorial (publicación 2012)

Percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental en la contención mecánica

**Luis Nocete Navarro, Laura Carballeira Carrera,
Inés López Álvarez, Clara Cocho Santalla, Alberto Fernández Liria.**

*Los atan a las camas cuando están intranquilos
No hay nadie que los entienda
Los que los atan también parecen intranquilos
Hacen lo que pueden.*

Inger Christensen

*Pero qué duro, mi entrañable médico,
qué duro para mí darme ya por perdido.*

Lorenzo Plana

Introducción

Como se ha hecho mención a lo largo de los capítulos previos, las interpretaciones sobre el desarrollo de la práctica psiquiátrica en clave de *control social*, son múltiples y conocidas (Huertas García-Alejo, 2012). Si bien la búsqueda de una mejora de la atención psiquiátrica a través de los procesos de desinstitucionalización que han tenido lugar en las últimas décadas en la mayoría de países europeos, ha permitido una transformación de los sistemas de salud y de la actividad asistencial en salud mental, no han dado lugar sin embargo a la desaparición de la multitud de actitudes y herramientas coercitivas que continúan integrando la práctica clínica diaria (Lagares Roibas, Prieto Madrazo, Siguín Gómez, & Valle, 2004; San Martín et al., 2015; Skills for Care & Skills for Health, 2014; Steinert et al., 2010; Winship, 2006).

A pesar de que son muchas las críticas realizadas a las prácticas coercitivas que existen en la atención psiquiátrica en su conjunto, quizás es la contención mecánica la que genera mayor controversia en nuestro contexto desde hace varios años. Ante la ausencia de evidencia sobre su efectividad terapéutica y las posibilidades de efectos adversos (Sailas & Fenton, 2000), los riesgos de mal uso y abuso de estos procedimientos (Juan E. Méndez, 2013) y la existencia de alternativas (Aminof et al., 2010), distintas asociaciones y colectivos de usuarios (Mad In America para el Mundo Hispanohablante, n.d.; MIND Associations, 2013; Sampietro, Ruiz Íñiguez, Eiroa-Orosa, Carralero Montero,

& Muñoz Lobo, 2016), pero también de profesionales (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2016) y organismos internacionales de influencia significativa, (Association for the prevention of torture (APT), 2016; European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 2006a, 2017; Juan E. Méndez, 2013; Organización de Naciones Unidas, 2006) demandan un cambio de paradigma urgente en el que estas prácticas sean reguladas y puedan garantizarse los derechos de los usuarios.

Parece que tiene sentido que estos movimientos que se dirigen hacia la defensa de los derechos de los usuarios como personas y que abogan por una clínica sin medidas como las que señalamos en este capítulo, hayan resonado e influido en distintas iniciativas políticas, como las Proposiciones No de Ley que se han presentado durante el año 2016 y 2017. Éstas proponen, entre otras medidas, que se realice un registro público de sujeciones mecánicas y que se establezcan controles adecuados de su uso, así como estrategias que impulsen la eliminación de éstas, en el ámbito general sanitario (Congreso de los Diputados, 2017b) y en específico en los servicios de salud mental (COMISIONES. CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, 2017; Congreso de los Diputados, 2017a).

Hace pocos meses, conocíamos que en Barcelona, representantes de la *Federació Veus*, una organización de asociaciones de salud mental en primera persona, comparecieron en la *Comissió de Salut del Parlament* catalán a mediados de 2017 para explicar su proyecto de “Contenciones Mecánicas 0” (Eiroá Orosa, 2017; Parlament de Catalunya. Federació Veus, 2017). Por otra parte, en la Comunidad de Madrid, se publicó el pasado mes de enero una resolución del Viceconsejero de Sanidad y director General del Servicio Madrileño de Salud, en la que insta a “*ofrecer a los ciudadanos un sistema sanitario que, sin aminorar su calidad científico-técnica, ponga en valor la dimensión humana de la atención sanitaria*” e introduce instrucciones importantes para comenzar una mayor regulación y control de estas prácticas. (Molina Muñoz, 2017). Es posible que habernos encontrado inmersos en este contexto durante la redacción del capítulo nos haya empujado a tomar la decisión de delimitar nuestro foco de estudio en la contención mecánica por encima de otras cuestiones que se abordan en el cuaderno.

Realizando un primera búsqueda bibliográfica, encontramos que existen distintas revisiones y estudios cualitativos que indagan en las experiencias de los usuarios (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, & McSherry, 2016; Gudde, Vatne,

Olsø, & Whittington, 2015; Sequeira & Halstead, 2002), así como múltiples estudios cuantitativos acerca de la frecuencia, características demográficas y otros datos epidemiológicos (Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011; Steinert et al., 2010; Stewart, Bowers, Simpson, Ryan, & Tziggili, 2009) en relación con el aislamiento o la contención mecánica. Sin embargo, apenas se hallaron unos pocos acerca de las actitudes y percepciones de los profesionales en consideración a estas prácticas (Happell & Harrow, 2010)(Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013).

Diversos estudios subrayan la importancia de tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto a la hora de abordar los factores que influyen en la utilización de contención mecánica (Duxbury & Whittington, 2005; Petti, Mohr, Somers, & Sims, 2001). En esta línea, autores como Steinert (Steinert et al., 2010) o informes como los del CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 2006b), sostienen que la frecuencia y forma en la que se utilizan estas medidas dependen más de factores no clínicos (como las percepciones y actitudes de los propios profesionales, factores socioculturales, administrativos o normativos, la conciencia de los usuarios sobre sus derechos etc.), que de cuestiones clínicas como los diagnósticos o características de los usuarios, las condiciones de las unidades, de sus recursos...). De hecho, otros apuntan a que su utilización parece depender en gran medida de las filosofías de las unidades de hospitalización psiquiátrica (Marangos-Frost & Wells, 2000) de valores y hábitos (El-Badri & Mellsop, 2008a) o de otros factores culturales, educaciones y organizacionales (Duxbury & Whittington, 2005).

Los autores, pensamos que estas afirmaciones dotan de especial importancia la necesidad de indagar en la experiencia de los propios profesionales en a la contención mecánica, pues se entiende que de ellos va a depender en gran medida que se encuentren o no alternativas a la coerción y que se pueda avanzar a un cambio de paradigma donde finalmente se elimine el uso de estas prácticas.

Nuestro objetivo ha sido, en consecuencia, lograr conocer los significados y discursos que existen tras las experiencias del personal de salud mental en las sujeciones, así como conocer de qué manera estas prácticas les influyen. ¿Y cuáles son las actitudes y percepciones de los profesionales de salud mental de la contención mecánica? En las próximas páginas, intentamos contestar a esta pregunta de tres maneras:

- En primer lugar, nos preguntamos sobre qué se conoce globalmente de las experiencias del personal de salud mental. Para ello, exponemos los resultados de una revisión sistemática de estudios cualitativos, realizada por los mismos autores que este capítulo (Cocho et al., en prensa), y que se encuentra actualmente pendiente de publicarse en la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Posteriormente, exponemos los resultados del análisis de un estudio original, con metodología cualitativa, de tipo fenomenológico/hermenéutico, mediante tres grupos focales en el que participaron profesionales en formación -residentes de Enfermería Especialista en salud mental (EIR), Psicología Clínica (PIR) y Psiquiatría (MIR) -, y donde se abordaron diversas cuestiones en relación a la contención mecánica. Consideramos que este diseño es el más adecuado para acercarnos a las distintas experiencias de los profesionales a través de la interacción y el diálogo, y el análisis posterior del discurso.
- Por último, se ofrecen los resultados preliminares de otra investigación de iguales características que estamos llevando a cabo con profesionales facultativos de las distintas especialidades clínicas de salud mental a nivel de la Comunidad de Madrid.

Aunque las definiciones de “contención mecánica” varían entre los diversos autores y guías, nosotros nos vamos a referir a lo largo del capítulo a cualquier procedimiento que, mediante un dispositivo mecánico, limite la libertad de movimiento de una persona y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante la fijación de éste en una o más de sus partes, dejando de lado las distintas técnicas de sujeción manual que puedan aplicar los profesionales (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 2017; Molina Muñoz, 2017).

La contención mecánica y el aislamiento como medidas para el control conductual dentro de los contextos sanitarios son procedimientos que están permitidos en nuestro país. Al contrario que el ingreso involuntario “por razón de trastorno psíquico”, que se encuentra regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (Jefatura del Estado, 2000), “no existe precepto legal específico que regule los procedimientos de inmovilización terapéutica de pacientes” (San Martín et al., 2015).

¿Qué se conoce a nivel global sobre las experiencias de los profesionales de salud mental en relación con la contención mecánica?

Material y métodos

Como apuntamos previamente, para poder averiguar qué se conoce acerca de las experiencias de los profesionales en torno a las sujeciones, los autores diseñamos una revisión sistemática de estudios cualitativos, basándonos en las recomendaciones del manual de Berenguera de investigación cualitativa (Berenguera Ossó, Fernandez de Sanmamaed Santos, & Pons Vigués, 2014) así como en la estrategia que sigue Gudde en su revisión de 2015 (Gudde et al., 2015). Seleccionamos estudios cualitativos que identificaban cuál era la experiencia, las opiniones o las actitudes de los profesionales de la salud mental en relación a las medidas coercitivas, en concreto, la contención mecánica y el aislamiento. Los realizados en unidades que no pertenecían al ámbito de la salud mental, como por ejemplo los realizados en unidades geriátricas o de emergencias, se excluyeron. Ante la escasez de estudios que cumpliesen los requisitos de la revisión tras una búsqueda inicial desarrollada en MEDLINE/Pubmed, se decidió revisar la lista de referencias de los artículos seleccionados, con el fin de que nos pudieran aportar más estudios que cumpliesen con los criterios de inclusión y añadiesen información adicional. De cada estudio, seleccionamos el contenido en base al objetivo de la revisión en forma de citas textuales o de fragmentos en los que los autores comentaban lo que los participantes habían dicho. Una vez se incluyó toda la información en un mismo corpus, se procedió a su lectura y discusión, agrupando primero las citas en función al contenido que hiciesen referencia, y luego reagrupándolas en unidades de significado mayores, como categorías que describían el conjunto de etiquetas. Por último, se realizó el análisis temático del contenido, que pertenecía a un total de 28 estudios cualitativos que abarcaban un intervalo temporal de 20 años, desde 1996 hasta 2016. La mayoría incluyeron experiencias del personal de enfermería en torno a las medidas coercitivas, aunque algunos añaden la participación de psiquiatras. La mayor parte se trata de estudios anglosajones y europeos. La calidad de todos los estudios se valoró a través del cuestionario propuesto por la Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) para estudios cualitativos (Cano Arara, González Gil, Cabello López, & CASPe, 2010).

Análisis temático de las percepciones y actitudes profesionales ante las prácticas coercitivas directas

La mayoría de estudios analizados revelan que los equipos de profesionales consideran este tipo de intervenciones coercitivas como necesarias, como un último recurso una vez se han agotado todas las demás alternativas (Bigwood & Crowe, 2008; Chambers, Kantaris, Guise, & Välimäki, 2015; Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab, & Pazargadi, 2014; Kuosmanen, Makkonen, Lehtila, & Salminen, 2015). Son entendidas por tanto como parte de su trabajo, aunque esto les genera malestar (Bigwood & Crowe, 2008; Moran et al., 2009): *“Es parte del trabajo, pero estropea el trabajo”* (Bigwood & Crowe, 2008). Como argumentos a favor de su utilización, refieren la necesidad de control social (El-Badri & Mellso, 2008a; Moran et al., 2009) pues consideran que su papel fundamental como profesionales es el mantenimiento de la seguridad tanto para los pacientes como para el personal dentro de las unidades de hospitalización psiquiátrica (E. Muir-Cochrane, 1996): *“Un ambiente seguro es la prioridad”* (E. Muir-Cochrane, 1996).

Dentro de la literatura aparecen también opiniones contrarias, que consideran que su uso inapropiado implica una violación de los derechos fundamentales de los pacientes: cuando son utilizadas como una forma de castigo y control, por desobediencia a las normas de la unidad, o de forma preventiva (Alty, 1997; Bigwood & Crowe, 2008; Chambers et al., 2015; El-Badri & Mellso, 2008b; Petti et al., 2001).

Respecto a su efectividad y posible utilidad terapéutica, varios estudios (El-Badri & Mellso, 2008b; E. Muir-Cochrane, 1996; Olofsson, 2000) encuentran que estas medidas se consideran efectivas en cuanto al propósito de proteger y calmar a los pacientes considerados “fuera de control”, evitando así que actúen de manera agresiva. Otros estudios (Kuosmanen et al., 2015) sin embargo, no hallan evidencia que demuestre una eficacia en cuanto a la reducción de la agresión.

Factores favorecedores y desencadenantes

La mayoría de los estudios analizan la percepción de los profesionales acerca de los factores que favorecen y desencadenan un episodio de contención mecánica o aislamiento. Algunos afirman que la seguridad y el control en las unidades de hospitalización son el motivo principal de su uso (Bigwood &

Crowe, 2008; Petti et al., 2001). En uno de ellos (Duxbury & Whittington, 2005) se hace referencia a la presión recibida por parte de las instituciones en su utilización como medio de control.

La mayoría de los estudios reflejan la percepción de una relación directa entre un entorno físico desfavorable, que puede desencadenar situaciones de agresión, y el empleo de medidas de contención y aislamiento (Duxbury, 2002; Duxbury & Whittington, 2005). Algunos (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Fish & Culshaw, 2005; E. C. Muir-Cochrane, Baird, & Mccann, 2015) lo relacionan con el diseño de las unidades de hospitalización, sobrecargadas de ruido y estimulación, masificadas y faltas de privacidad. Así mismo, se relaciona con ambiente de las unidades, que se describen como entornos aburridos y con pocas actividades para los pacientes (E. C. Muir-Cochrane et al., 2015; Papadopoulos, Bowers, Quirk, & Khanom, 2012). De este modo, tanto el entorno restrictivo de las unidades como el empleo de estas prácticas autoritarias y paternalistas, son dos factores que contribuyen a exacerbar el comportamiento agresivo en los pacientes (Duxbury & Whittington, 2005; Olofsson, 2000).

Por otro lado, varios estudios atribuyen la sobreutilización de estas prácticas al contexto profesional: cantidad de personal y a la escasez de personal cualificado, con falta de formación y experiencia clínica (Chambers et al., 2015; Duxbury & Whittington, 2005; E. Muir-Cochrane, 1996; E. C. Muir-Cochrane et al., 2015). Así mismo, un estudio (Papadopoulos et al., 2012) relaciona el aumento en la utilización de medidas coercitivas con ciertos factores negativos como los conflictos entre profesionales, cambios en el personal y/o que los profesionales se sientan desanimados y presionados. De la misma manera, hallaron factores positivos que contribuían a su reducción, como las mejoras en el entorno de trabajo, la sensación los profesionales de contar con apoyo, y la realización de grupos de supervisión.

Otras investigaciones (Meehan, Bergen, & Fjeldsoe, 2004; Meehan, Vermeer, & Windsor, 2000; Petti et al., 2001; Sullivan, Wallis, & Lloyd, 2004) atribuyen la excesiva utilización de medidas coercitivas a una mala relación entre el personal y los pacientes, destacando la falta de comunicación efectiva entre los mismos (Moran et al., 2009; E. Muir-Cochrane, 1996). *“Incluso hay algunos profesionales que no son los mejores a la hora de comunicarse (con los pacientes) y ellos mismos pueden ocasionar una escalada”*. (E. Muir-Cochrane, 1996)

Al ser preguntados acerca de los factores que desencadenan la agresividad de los pacientes, se encuentra que el personal suele atribuirlo a factores internos

o disposicionales, cometiendo lo que se conoce como el “error fundamental de atribución” (Duxbury & Whittington, 2005). Parece que este tipo de interpretaciones del personal acerca de la intención y responsabilidad del paciente tiene mayor peso que otros factores objetivos a la hora de dar lugar a evento coercitivo (Fish & Culshaw, 2005; Petti et al., 2001).

Consecuencias de la utilización de intervenciones coercitivas

Varios estudios indagan específicamente sobre las consecuencias a nivel emocional que estas prácticas conllevan en el personal sanitario. La utilización de medidas coercitivas genera sobre ellos emociones desagradables de angustia, ansiedad, miedo, frustración, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y culpa (Bonner et al., 2002; Chambers et al., 2015; El-Badri & Mellsop, 2008a; Fish & Culshaw, 2005; Moran et al., 2009; Olofsson, Gilje, Jacobsson, & Norberg, 1998). Los profesionales afirman sentirse presionados, al percibirse como depositarios de la responsabilidad de controlar la situación y de evitar daños (Bigwood & Crowe, 2008; Olofsson et al., 1998). Este conflicto es menor si consideran que antes han agotado todas las alternativas a su alcance: “*Resulta de ayuda mirar atrás y ver que hiciste todo lo que tenías que hacer*” (Bonner et al., 2002). En ese caso, a pesar del malestar por haber empleado la medida, refieren sentirse más “justificados” (Bigwood & Crowe, 2008; Bonner et al., 2002).

Estas prácticas a menudo implican un conflicto con su rol profesional, ya que el uso de la coerción entra en conflicto con su rol de cuidado (Alty, 1997; Bigwood & Crowe, 2008) “*Privar a alguien de su libertad es un trabajo policial, no es enfermería psiquiátrica*” (Olofsson, 2000). Esto plantea importantes dilemas morales, y despierta sentimientos de frustración, fracaso e incompetencia (Kontio et al., 2010; Moran et al., 2009) además de una disonancia cognitiva por el conflicto entre beneficencia y maleficencia “*Es la frustración de no haber logrado atender su necesidades, a pesar de haberlo intentado*” (Bonner et al., 2002).

Los estudios reflejan la dificultad de los profesionales para manejar estos sentimientos, y destacan la importancia del apoyo de sus compañeros (Chambers et al., 2015; Papadopoulos et al., 2012). En ocasiones, frente a estas emociones, aparece la necesidad de no cuestionarse ni ser cuestionados, motivo por el cual no hablan de lo ocurrido con sus compañeros tras los incidentes (Wynaden et al., 2002). Algunos profesionales (Bigwood & Crowe, 2008; E. C. Muir-Cochrane

et al., 2015) refieren que, en el proceso de intentar acomodar sus emociones y sus valores personales y profesionales, toman como referencia el manejo de sus compañeros más veteranos, lo que les permite acostumbrarse gradualmente.

Para poder reducir esta disonancia cognitiva y emocional, se observa que los profesionales tienden a suprimir su respuesta emocional, como una estrategia de auto-protección que les permite sobrellevar estas situaciones (Moran et al., 2009). Esto puede ocasionar un distanciamiento emocional del paciente, deteriorando la relación terapéutica e interfiriendo en su función de cuidadores. Además, es precisamente esta deshumanización de los pacientes lo que permite al personal llevar a cabo las tareas físicas de inmovilización y aislamiento.

Los profesionales coinciden en que el vínculo previo con el paciente les hace sentirse más cómodos, y que los sentimientos de conflicto tras un evento coercitivo se reducen si consiguen restablecer la relación terapéutica (Chambers et al., 2015; Olofsson, 2000). En general, el personal considera (Bigwood & Crowe, 2008; Chambers et al., 2015; E. C. Muir-Cochrane et al., 2015) que las medidas coercitivas tienen consecuencias negativas sobre los pacientes y sobre su relación con los mismos “...*arruinan la relación entre el paciente y el personal...y causan trauma físico y emocional para los pacientes y para el personal*”. (E. C. Muir-Cochrane et al., 2015)

Posibilidad de alternativas

La mayoría de los estudios encuentran opiniones a favor de minimizar la utilización de las prácticas coercitivas. Sin embargo, muchos consideran que su eliminación no es posible, sosteniendo que en algunos casos su uso es inevitable (E. C. Muir-Cochrane et al., 2015).

En toda la literatura revisada aparece la cuestión global de falta de alternativas accesibles para reducir su uso (Bigwood & Crowe, 2008; Olofsson, 2000; Olofsson et al., 1998). Como posibles alternativas, aparecen algunas relacionadas con los factores del entorno: poder disponer de un espacio separado, sin gente y con menos ruido (E. C. Muir-Cochrane et al., 2015). Respecto a los factores profesionales, destacan la relación entre el nivel de experiencia y conocimiento del personal sanitario (Wynaden et al., 2002), y la capacidad de los mismos de fomentar opciones de manejo alternativas antes situaciones difíciles. “*El personal poco experimentado pueden reaccionar de una manera menos terapéutica*” (Chambers et al., 2015). Por ello, señalan la necesidad de que los profesionales cuenten con

conocimientos y habilidades para manejar estos incidentes (Chambers et al., 2015; Petti et al., 2001) poniendo en evidencia la habitual falta de formación (Duxbury, 2002; Duxbury & Whittington, 2005) que en ocasiones sólo se adquiere a través de un proceso informal (Alty, 1997).

Se plantea así mismo la necesidad de gestión y apoyo al equipo por parte de la organización, mediante sesiones de debriefing, formación y supervisión clínica, así como el registro de los episodios y la adecuada evaluación de los mismos (Bigwood & Crowe, 2008; Bonner et al., 2002; Chambers et al., 2015; Kontio et al., 2010; Olofsson, 2000; Petti et al., 2001). Uno de los estudios (Petti et al., 2001) encuentra que el *debriefing* sistemático es una herramienta que puede por sí misma lograr una drástica disminución en las tasas de contenciones y aislamiento; mientras que otros estudios (El-Badri & Mellsop, 2008a) sugieren que, por sí solo, resulta insuficiente.

Por parte de los profesionales, se encuentra una predisposición a probar otros enfoques que promuevan métodos alternativos, centrados en la mejora de la comunicación y el desarrollo de una relación terapéutica que permita una desescalada en situaciones hostiles y una prevención de la violencia física (Chambers et al., 2015; Fish & Culshaw, 2005). Se propone también que, tras un incidente, ambas partes se reúnan para aprender de la experiencia, y que se promueva un plan individualizado de respuesta a la conducta de cada paciente (Fish & Culshaw, 2005).

Numerosos estudios hacen referencia a la necesidad de iniciativas a gran escala. A nivel institucional, demandan políticas para reducir el uso de estas medidas, ya que describen una dicotomía entre las recomendaciones estatales de reducir y eliminar estas prácticas, y la práctica clínica real (Duxbury & Whittington, 2005; E. Muir-Cochrane, 1996; E. C. Muir-Cochrane et al., 2015). Asimismo, demandan la aplicación de políticas gubernamentales que mejoren la ratio paciente-personal y la formación del personal (Alty, 1997; Chambers et al., 2015; El-Badri & Mellsop, 2008a).

Se pone por tanto en evidencia que para encontrar alternativas a las prácticas coercitivas es necesario tener en cuenta tanto las experiencias de los profesionales como las influencias del contexto. Son necesarios cambios culturales, educacionales y organizacionales, que permitan la introducción de nuevas prácticas (Duxbury & Whittington, 2005).

Conflictos éticos

Diversos autores se preguntan acerca de la resistencia de los profesionales hacia la eliminación de estas prácticas (El-Badri & Mellsop, 2008a). Algunos investigadores (Chambers et al., 2015) consideran que esta resistencia muestra una falta de comprensión y formación en medidas alternativas, así como una falta de consideración de las cuestiones éticas que rodean a estas prácticas.

Varios estudios (Hem, Molewijk, & Pedersen, 2014; Molewijk, Hem, & Pedersen, 2015; Pelto-Piri, Engström, & Engström, 2014) ahondan en la concepción que los profesionales tienen de las cuestiones éticas relacionadas con la coerción, y concluyen que los propios profesionales presentan dificultades a la hora de verbalizar los problemas éticos que surgen en la práctica clínica diaria. Entre ellos, el ya mencionado dilema de la autonomía del paciente frente al paternalismo, así como los problemas que surgen cuando en el propio equipo terapéutico hay discrepancias respecto al uso de estas medidas. Del mismo modo, manifiestan que los profesionales tienen una concepción muy amplia y dispar entre sí de lo que supone un dilema ético (Pelto-Piri et al., 2014). Por todo ello, subrayan el potencial beneficio de la implementación de “servicios de apoyo deontológico”, para poder manejar esta problemática de modo explícito (Molewijk et al., 2015; Pelto-Piri et al., 2014).

Uno de los estudios compara sus resultados con el experimento de Milgram (1974) (Stanley, 1974) sobre la obediencia a la autoridad. Así mismo, los interpreta desde el marco teórico de la “*Teoría del cambio*” de Watzlawick (Jackson, Beavin Bavelas, & Watzlawick, 2011): “Cuando una persona no puede identificar alternativas porque hacerlo significaría cuestionar el sistema en su totalidad, del cual es parte, la persona necesita encontrar la mejor solución posible dentro del propio sistema - porque de lo contrario, esto implicaría cuestionarse a sí mismo y sus acciones.” (Olofsson et al., 1998).

Limitaciones

En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se centran en las experiencias del personal de enfermería, dejando fuera experiencias de otros profesionales de salud mental, que consideramos igualmente importantes. Por otra parte, se excluyeron de la revisión aquellos estudios realizados fuera del ámbito sanitario o los que, dentro del ámbito sanitario, no pertenecían propiamente de salud mental. Entendemos que dichos criterios dejan fuera información

y testimonios igualmente valiosos para la comprensión global del fenómeno de las medidas coercitivas, aunque escapan al objetivo de la presente revisión. La exclusión de artículos no publicados en inglés puede haber contribuido a un sesgo de selección. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, consideramos que esta revisión sistemática consigue proporcionar información valiosa para poder entender cómo se perciben las medidas coercitivas directas entre los profesionales de salud mental.

Conclusiones

La mayoría de los estudios analizados recogen las opiniones y percepciones de personal de salud mental señalando que, en general, los profesionales sienten malestar ante las prácticas coercitivas. Estas emociones desagradables incluyen aquellas asociadas con la violencia de la situación (miedo, tensión, angustia etc.) y las derivadas del conflicto generado respecto a su rol profesional de cuidadores (culpa, arrepentimiento, frustración etc.). Ante esta disonancia, se observa que, por un lado, parece existir una supresión de las emociones negativas y, por otro, una tendencia a justificar estas medidas como inevitables ante ciertas situaciones, mostrando una resistencia a su posible eliminación.

Se mencionan múltiples factores como potenciales desencadenantes de los eventos coercitivos, desde entornos poco terapéuticos y tranquilizadores, hasta problemas en las relaciones entre profesionales y pacientes, aunque entre el personal parece predominar una tendencia a atribuir estas situaciones a factores internos de los pacientes.

En esta revisión no se han hallado estudios en los que se abogue de manera explícita por una eliminación completa de la contención mecánica. Sin embargo, sí se encuentran artículos que se sugieren cambios que favorecerían la reducción y el buen uso de estas medidas, mediante modificaciones en el diseño de las unidades, una mejor ratio profesional-paciente y una mayor formación del personal, así como una mejor comunicación con los pacientes y entre los profesionales, a través de sesiones de *debriefing* y supervisión clínica.

¿Cuáles es la experiencia de los profesionales de salud mental en formación en la Comunidad de Madrid en relación a la contención mecánica?

Como explicábamos en la introducción, nuestro objetivo ha sido poder conocer de qué manera se vive y afronta la contención mecánica por parte de

los profesionales en el contexto de la red de salud mental. De todos los estudios que hallamos tras la revisión bibliográfica, ninguno de ellos hacía referencia a los profesionales en formación. Nosotros sí que estimamos necesario averiguar qué percepciones y actitudes y percepciones tienen los residentes de psiquiatría, enfermería y psicología clínica si queremos entender el contexto global en el que nos encontramos. Para ello, propusimos realizar una investigación con metodología cualitativa, mediante una serie de tres grupos focales con psicólogos, psiquiatras y enfermeros residentes, que trabajan en hospitales públicos de distintas áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Se realizó un muestreo intencional y razonado, tratando de incluir profesionales de distinto género y años de experiencia, diferentes especialidades y áreas sanitarias, con el objetivo de asegurar la representación de los diferentes discursos existentes. En total se incluyeron veintiún residentes: siete de psicología, seis de enfermería y ocho de psiquiatría, ocho eran varones y trece mujeres, y pertenecían a un total de once hospitales distintos. A ellos les preguntamos acerca de su percepción y experiencia en relación a la contención mecánica, siguiendo un mismo guion semiestructurado para todos los grupos. Para el análisis de datos, las intervenciones fueron grabadas en vídeo y audio, y transcritas posteriormente por los propios investigadores, añadiendo notas acerca de la información no verbal. Los datos se unificaron en un corpus textual para facilitar su lectura y discusión. La información fue leída por todos los investigadores en varias ocasiones, primero individualmente y luego en conjunto, codificando los contenidos hasta llegar a agruparlos en distintas categorías temáticas de los que se puede inferir una teoría fundamentada. Presentamos aquí resultados de este análisis, que podemos dividir en cinco categorías principales.

Contexto, formación y regulación de la práctica actual

Los residentes refirieron mayor frecuencia del uso de contención mecánica en los Servicios de Urgencias de los Hospitales, seguido por las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), Unidades de Media y Larga Estancia; mientras que en dispositivos ambulatorios de la red de salud mental las medidas como la contención mecánica eran muy poco frecuentes. Respecto de los protocolos, el colectivo EIR era el mayor conocedor del contenido de los protocolos de las UHB. Por otro lado, los MIR y PIR conocían la existencia de los mismos y la posibilidad de acceder a ellos a través de la *intranet* de los hospitales. Una baja proporción lo había leído o había recibido información al respecto. Se

objetivó un desconocimiento generalizado sobre la existencia de protocolos en la Urgencia.

“... está colgado en la ‘intranet’, otra cosa es que nadie se haya parado a explicártelo...si tú quieres verlo, lo puedes ver.” (MIR)

Sobre la cumplimentación de registros de CM, refirieron que en pocos hospitales se realizan de manera obligatoria; siendo el personal de enfermería el que recoge la información en los evolutivos de manera más protocolizada; mientras que los facultativos, de forma más voluntaria, la reflejan en la historia clínica. Los registros se realizan con mayormente en las UHB, mientras que en la Urgencia la mayoría desconocía si había registros o no.

“...hay una hoja en la que se registra cuándo, porqué, cómo... Se rellena en muy pocas ocasiones [...] depende muy mucho de la voluntad del facultativo...” (MIR)

En relación a la formación, la impresión general es que no se ofrece suficiente formación acerca de las indicaciones, realización y alternativas a las CM. Se insiste en el “boca a boca” como principal vía de transmisión, bien por parte de compañeros o a través de la observación directa en la práctica.

“he aprendido sobre todo de mis residentes mayores... Y luego al final es enfrentarte tú también a la situación y aprender también de tus errores...es un poco ensayo-error...” (MIR).

En todos los grupos se alude a la falta de reuniones para reflexionar sobre los episodios de CM, salvo en aquellas situaciones especialmente difíciles o traumáticas para el equipo, en que las reuniones eran de carácter informal.

Factores desencadenantes

El riesgo de fuga se menciona como el desencadenante de CM más frecuente en todos los grupos, junto con el temor a las repercusiones legales, especialmente en la Urgencia.

“...hay un tipo de CM que es por miedo a las repercusiones legales que pueda tener que el paciente se fugue, se suicide, o cualquier cosa de esas...” (MIR)

En los grupos se habló del condicionamiento por experiencias previas con algún paciente concreto a la hora de pautar de una forma más automatizada una CM. Otro de los motivos que aportaron fue la sensación de miedo y de peligro, así como de amenaza a la integridad física propia o ajena.

“por ejemplo por conocer al paciente, que se escapó la vez anterior... pero sin que haya intento de fuga, vaya” (MIR)

Los MIR expresaron haberse sentido presionados a realizar CM por parte de otros facultativos del equipo de UHB o de Urgencias, etc. Se tenía la impresión que generaba mayores repercusiones el no realizar la contención, por lo que frecuentemente indicaban CM siguiendo una orden externa que les instaba a realizarla. La percepción general era que los facultativos se guiaban por criterios defensivos a nivel legal.

“... es un sistema, sobre todo en las guardias, [...] es muy jerárquico y se va a hacer lo que quiera el adjunto. [...] aunque el adjunto suele ser el que no ha visto al paciente...” (MIR)

“[...] nadie te va a echar la bronca por inmovilizar, en la Urgencia; ahora, sí te puedes llevar un broncón importante por no hacerlo...” (MIR).

Asimismo, se sugirió que frecuentemente, se pautaban medidas coercitivas a pacientes que presentaban conductas disruptivas para la UHB, como forma de “mantener el orden”.

“...en pacientes con trastorno de la personalidad, psicópatas y demás, que de vez en cuando acaban en las plantas de psiquiatría, hay que marcar la autoridad de alguna forma...” (MIR)

En todos los grupos se establecieron la carga asistencial en la Urgencia, la escasez de personal y la inadecuación de medios materiales como factores muy influyentes en la decisión de pautar medidas coercitivas en la práctica clínica.

“se debe a la presión asistencial, a la falta de recursos, a la falta de un espacio físico donde puedan desarrollar la labor... para poder contener verbalmente al paciente primero, [...]...” (EIR)

Otros motivos que se mencionaron en las entrevistas fueron la barrera idiomática, la negativa al tratamiento oral prescrito especialmente en UHB, el deseo de fumar del paciente en la Urgencia, o las alteraciones conductuales del paciente en estado de intoxicación en la Urgencia.

Opinión y percepción sobre las prácticas de CM y AT

En todos los grupos se percibe que las CM son sobreutilizadas en el contexto de la Urgencia, a diferencia de las UHB. Los participantes plantearon que estas medidas resultan muy efectivas en la eliminación del riesgo de fuga o de auto/heteroagresión.

¹ Con *riesgo de fuga* se hace referencia a las situaciones en las que los usuarios abandonan o muestran intención de abandonar la urgencia de los hospitales en contra del criterio del especialista, siendo un término habitualmente usado por los profesionales. No se profundizó en este concepto por ser entendido por todos los participantes y no encontrarse dentro de los objetivos del estudio.

“Efectivas, yo creo que sí. Para evitar riesgo de fuga, pues le contienen. Ante un comportamiento violento, pues evitas esa violencia.” (MIR)

Por otra parte, todos los participantes verbalizaron el conflicto personal que les supone aplicar este tipo de medidas, y expresaron sus desacuerdos y dudas acerca del funcionamiento del Sistema de Salud Mental vigente y la función de la psiquiatría.

“...Nosotros estamos entrenados para el cuidado. Y de repente nos damos cuenta que estamos cumpliendo un rol social, por ponernos un poquito ‘foucaultianos’ teóricos [...] hay una parte que no es responsabilidad mía,... yo estoy ejecutando la mano invisible del Estado, o la mano ejecutora de lo social, lo social me ha dispuesto igual que ha dispuesto al policía.” (MIR)

Opinión y actitudes frente a las alternativas

En los grupos se sugirieron alternativas como realizar ingresos domiciliarios, implementar registros con las medidas útiles específicas para cada paciente, sesiones reflexivas (*debriefing*) posteriores a los episodios de CM, mejorar la formación, aumentar el personal cualificado, diseñar de espacios adecuados, o plantearse la “no contención” como una posibilidad a elegir.

Todos los participantes manifestaron que la formación dada al residente es insuficiente en materia de manejo de CM y alternativas; por lo que se planteó mejorar la formación como medida para disminuir su uso, incluyendo formación en temática legal que permita disminuir la medicina defensiva.

Respecto a la Urgencia, se sugirió la posibilidad de un acompañamiento por una persona de confianza durante la estancia en la urgencia, así como la creación de salas específicas de observación psiquiátrica en la urgencia.

“A lo mejor se evitarían muchas [...] con familiares que puedan estar habilitados para hacer contención emocional o presencia física, muchísimas contenciones serían prescindibles con más medios, más espacio, más personal.” (PIR)

Se planteó también que el registro adecuado de los datos relativos a las CM en los hospitales y su posterior análisis podrían disminuir el número de CM. Se habló, para reducir la frecuencia de uso de las CM, de diseñar espacios más confortables y tranquilizadores que los actuales, en las unidades de psiquiatría.

“[...] registrar de manera adecuada quién da las órdenes de CM, registrar de forma adecuada cuáles son los motivos por los que se contiene, medir por ejemplo, el número de CM por profesional, compararlo, ver por qué un profesional contiene más que otro...” (MIR)

En cuanto a la eliminación de estas prácticas, la mayoría de los participantes cree posible el reducir la frecuencia de uso de la CM pero no cree posible su completa eliminación, aludiendo a la organización del actual Sistema de Salud y la ausencia de alternativas como causas de esta imposibilidad.

“Tal cual como está el sistema ahora mismo se puede aspirar a hacer un uso mucho más racional, a reducirlas, protocolizarlo...hay una limitación que te impone el sistema: por medios, por formación, por cultura de la psiquiatría... lo veo muy dependiente del contexto.” (PIR)

Percepción sobre las consecuencias de las medidas coercitivas

Sobre los profesionales

Los residentes describen sensaciones negativas como culpa, impotencia, rabia, conflicto con su rol de cuidador y conflicto ante la discrepancia en la pauta de CM por otro adjunto, tras la realización de una CM.

“Casi siempre que contengo es con sentimiento de impotencia total, es como ya lo he intentado todo...” (MIR)

“No es nada agradable...para nada, son momentos en los que después te planteas si verdaderamente quieres seguir haciendo esto...” (EIR)

Describieron igualmente haber experimentado cierta desensibilización con el paso del tiempo.

“...Yo creo que ya forma parte de los profesionales, vas haciendo callo y ya no te das cuenta de lo que haces.” (MIR)

Las estrategias que refieren utilizar para afrontar la repercusión emocional tras realizar la CM incluyen el apoyo entre compañeros, el explicarle al paciente la situación que desembocó en la CM, mantenerse junto al paciente durante la CM, cambiar de actividad tras la CM para evitar pensar en ella y el distanciamiento emocional.

“...Yo esa es la estrategia que he tomado siempre al menos en la urgencia. Explicarle, luego después de haberle quitado la inmovilización terapéutica, explicarle lo que has hecho y con qué criterios.” (MIR)

Sobre los usuarios

Los participantes en los grupos consideran que el impacto de la CM sobre el paciente es, en general, negativo, y enfatizan la emoción de miedo que los

pacientes experimentan durante las CM. En todos los grupos se trató el tema de la vulneración de la dignidad de la persona.

“Yo creo que produce un daño a la dignidad de la persona [...] “. (PIR)

“Miedo [...] miedo a que te pueda pasar a ti si ves una contención a otro paciente.” (MIR)

Frente a ello, algunos afirman que existe una tendencia a la normalización de estas medidas, otros verbalizan presentar sentimientos de culpa y consideran que se deteriora la relación:

“Racionalizamos, normalizamos. Te haces pequeño para justificar que no puedes cambiar semejante sistema”. (PIR)

“... Pero yo lo vivo de esta manera, me veo como... la mala de la historia...” (EIR)

“...Casi luego vas con una pizca más de humildad, de “perdón por haber tenido que tomar esta decisión” (MIR)

Existen algunos que consideran que la experiencia es percibida por los pacientes como algo traumático, mientras que también afirman que en ocasiones agradecen que se haya tomado esa decisión:

“...tal y como yo lo veo, el paciente muchas veces, sobre todo que han sido contenidos, pasan de una actitud muy demandante de ciudadano con derechos, a una actitud de sometimiento”. (MIR)

“Sí, hay veces que lo recuerdan como algo muy traumático. A veces... por eso lo importante que sean lo más cortas posibles, porque tiene que ser algo horrible, la verdad”. (MIR)

“No sé como lo percibirá él, porque muchos, la mayoría, te lo agradecen, o te piden disculpas”. (EIR)

Conclusiones

Podemos resaltar que todos los participantes conocían estas prácticas, que tienen lugar mayormente en contextos hospitalarios, en primera persona. Existen y conocen protocolos que regulan la contención mecánica en sus hospitales, sin embargo, tan sólo las enfermeras en formación afirman haberlo leído, y existe un descontento general hacia la falta de formación en relación a estas medidas.

Como factor desencadenante más relevante se señaló el “riesgo de fuga” del hospital. Las contenciones mecánicas se definieron por la mayoría como efectivas, aunque no terapéuticas, y se comparte la percepción de que se sobreutilizan.

Todos los participantes describieron haber presentado malestar emocional y conflictos con su rol de cuidador en relación a los episodios de contención mecánica, así como una tendencia general al distanciamiento emocional y a la búsqueda de apoyo en los compañeros, como estrategias de afrontamiento.

Por último, ofrecieron distintas alternativas que incluían mejoras en la formación, en las condiciones físicas de los espacios de trabajo y hospitalización, la implementación de *debriefings* y la adopción de un modelo asistencial más comunitario.

¿Cuáles es la experiencia de los facultativos de salud mental en la Comunidad de Madrid en relación a la contención mecánica?

A continuación, presentamos los resultados preliminares de un estudio que, como decíamos, se encuentra actualmente en curso. En él, siguiendo el mismo diseño, metodología y técnica que con los residentes, propusimos a distintos facultativos de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid participar en varios grupos focales para conocer su opinión y más amplia experiencia en relación a la contención mecánica. En total, han participado hasta el momento catorce facultativos, seis hombres y ocho mujeres, distribuidos en dos grupos de siete participantes cada uno. Seis de ellos pertenecían al personal de enfermería, otros seis eran psiquiatras y dos eran psicólogos clínicos. Representaban un total de once áreas sanitarias (según la distribución previa al área única) y trabajaban en este momento en alguno de los siguientes dispositivos: unidad de trastornos de personalidad, unidad de hospitalización breve, urgencias, hospital de día, interconsulta y centros de salud mental. Se utilizó el mismo guion de temas que en los grupos de residentes para poder realizar también posteriores comparaciones. De nuevo, tras las firmas de los consentimientos informados, las entrevistas fueron grabadas en vídeo y audio, y transcritas posteriormente para su discusión y análisis. En este momento, consideramos que no se ha llegado a la saturación conceptual y que se debe completar la investigación con nuevos grupos focales. Sin embargo, la información recabada hasta el momento nos permite observar lo que parecen ciertas características que diferencian la actitud y percepción de los facultativos de la que observamos en los residentes. Además, se añade información importante que nos permite comprender de manera más amplia el contexto subjetivo en el que tienen lugar estas prácticas y que, en nuestra opinión, es imprescindible abordar si se quiere trabajar por su futura eliminación.

En líneas generales, se podría decir que el diálogo que se estableció acerca de la aplicación de las medidas coercitivas se basó principalmente en intervenciones expositivas de carácter individual, más que en un intercambio entre los participantes, ofreciendo intervenciones situadas más en un plano descriptivo y general que en un plano emocional, lo que contrasta con lo observado en los grupos de los residentes.

Exponemos a continuación los resultados extraídos de este análisis preliminar, que hemos dividido en los ocho temas principales y varios subtemas, que dibujan lo expresado en ambos grupos.

Contexto, percepciones y opiniones acerca de la contención mecánica y la coerción

Corroboraron lo percibido por los residentes, apuntando a la existencia de una amplia variabilidad en la frecuencia con la que se aplica la contención mecánica en función del dispositivo, y señalando a las unidades de agudos y los servicios de Urgencias como los lugares en los que con más frecuencia se realizan. Resultó llamativo para los participantes saber que la percepción de los profesionales que conocían los hospitales de día y la unidad de trastornos de la personalidad, destacaban la ausencia de contenciones mecánicas, a pesar de que son dispositivos en los que se realiza un tratamiento intensivo de usuarios con estados considerados graves. Los profesionales que trabajaban en ellas, argumentaban que la ausencia de sujeciones, ocasiona que no se contemplen como una opción, dando lugar al desarrollo necesario de medidas alternativas ante las situaciones que en un principio las motivan.

“Creo que la idea de que no esté en nuestra cabeza como opción hace que saquemos otros recursos para eso” (Psicóloga Clínica)

En líneas generales, se observó que los profesionales entendían y asumían las intervenciones coercitivas como parte del trabajo. La mayoría, definían la CM como el *último recurso inevitable*, que se debe usar en algunas ocasiones para impedir un daño físico sobre paciente o sobre otros. Todos acordaban, sin embargo, que existía una sobreutilización de la contención mecánica, apuntando a la “normalización” como posible factor mantenedor de su uso.

“Yo creo que en agudos (se utilizan) más de lo necesario, porque se ha normalizado... lo normalizan hasta los pacientes. Cuando están en grupo los pacientes y un paciente empieza con conductas disruptivas, muchos dicen “átale ya”. (Enfermera)

Por algunos participantes, piensan que la contención debería ser percibida como un fracaso:

“Es difícil pensar sobre eso, pensar qué hemos hecho mal para al final haber fracasado, que eso es la contención, un fracaso de la ayuda que le estás intentando a alguien” (Psiquiatra).

Indicaban que era poco frecuente comentar lo ocurrido en las situaciones en las que se realizaba una contención, aunque lo estimaban necesario, en especial en las que percibían como más complicadas, inesperadas o violentas. Algunos profesionales defendían estas medidas, valorando su efectividad porque podían “evitar un mal mayor” (refiriéndose a un daño del propio paciente o de otros). Algunos discrepaban, enfatizando lo traumáticas que resultaban para el paciente. En general, se sostenía que estas medidas no podían entenderse como terapéuticas per se, aunque sí podrían resultar terapéuticas de una forma “indirecta”:

“...a mí no me parece que sea una cosa de terapia en sí mismo, sino, para lo que yo entiendo, si se aplica bien... para poder seguir trabajando terapéuticamente con el paciente. No porque sea terapéutico en sí, sino porque si se te mata, no puedes seguir trabajando con él.” (Psiquiatra)

Opinaban que existía cierta tendencia a emplear este tipo de medidas de forma poco profesional, entendiéndolo como una mala praxis. En relación a esto, se hizo referencia al empleo de la contención mecánica con fines preventivos, especialmente en aquellos pacientes que con anterioridad habían presentado comportamientos disruptivos, así como a su empleo como castigo. A pesar de su disconformidad con este tipo de intervenciones, algunos participantes reconocieron haberse visto en situaciones en las que dudaron de su propia actuación.

“A veces tengo dudas... cuando alguien está tan inquieto... dices, bueno, voy a dejar las contenciones puestas en la cama... no sé hasta qué punto es amenaza, o hasta qué punto es medida disuasoria o protección... ahí no lo tengo muy claro” (Enfermera).

En aquellos dispositivos donde no se utilizaba la contención mecánica, se habló de la existencia de otras medidas empleadas en la práctica diaria, a las que se refirieron como medidas coercitivas “menos visibles”, incluyendo expulsiones o sanciones con los permisos de salida, etc. que eran generadoras de malestar en los profesionales que las citaban.

Factores que influyen en la realización de contenciones mecánicas

Interrogados acerca de los factores que consideraban desencadenantes de intervenciones coercitivas directas, se señalaron diversos aspectos que atañen tanto al profesional, como al paciente y al vínculo terapéutico entre ambos, así como a aquellos relacionados con la institución.

A diferencia de los resultados obtenidos en los residentes, los facultativos profundizaron más en aquellos factores directamente relacionados con ellos mismos: con su experiencia, años trabajados, su estado emocional, etc. Algunos mencionaron cierta desensibilización, naturalización, o mayor costumbre a lo largo del tiempo que facilitaba aplicar este tipo de medidas. Respecto a la experiencia laboral, entendían que la falta de habilidades del personal podía dar lugar a la contención mecánica, tanto por falta de habilidades de contención verbal como por no tolerar su propia angustia ante el episodio de agitación que estaba presenciando.

Por otra parte, se mencionaron diferencias interindividuales, asegurando que existían profesionales con mayor tendencia a utilizar este tipo de medidas.

“...depende quién está de guardia, de quién está de enfermería y de auxiliar... hay una variabilidad personal extraordinaria, en algo tan delicado y tan trascendente como atar a una persona, depende a veces de quién está de guardia” (Psiquiatra)

Un buen vínculo entre el profesional y el paciente se veía que actuaba como un factor protector, permitiendo una mayor efectividad de la contención verbal.

“El conocerle, el saber qué le puede ayudar porque ya lo has visto en otras situaciones, el que él también confíe en ti y te está viendo tu cara de “madre mía, no sé qué hacer y tienes que ayudarme a que te pueda ayudar”. Yo muchas veces es que lo digo así tan claramente, y a veces ha funcionado.” (Psiquiatra)

Por el contrario, señalan que la ausencia de un vínculo terapéutico podía dar lugar a un manejo más autoritario, y a una mayor tendencia a recurrir a medidas coercitivas.

“La enfermería que conoce más al paciente, que tiene este vínculo, que tiene esta cercanía mucho más, a veces contiene muchísimo mejor –verbalmente– que el psiquiatra, que está ese día de guardia que no sabe qué persona tiene delante”. (Psiquiatra)

“Yo sí que noto mucho el vínculo en la planta, de cuando te conocen o no te conocen”. (Enfermera)

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, destacaron especialmente aquellos relacionados con la involuntariedad de los ingresos. En esta línea se observa una tendencia a la justificación de estas prácticas, argumentando que los pacientes que presentaban una menor “conciencia de enfermedad” con frecuencia eran contenidos para poder recibir el tratamiento farmacológico prescrito. En estos casos, se sostiene que la coerción es necesaria para el beneficio ulterior del paciente.

“Estoy de acuerdo en que en un ingreso involuntario muchas veces esa parte no se puede todavía razonar, es mucho más difícil”. (Psiquiatra)

También se mencionaba la prevención del riesgo de fuga en la urgencia, o el uso de CM para proceder a realizar un ingreso involuntario.

“...situaciones que para mí yo creo que son más complicadas, que son los intentos autolíticos, con gran riesgo, que no hacen crítica, y no quieren ingresar. Yo entro en una negligencia si les doy el alta.” (Psiquiatra)

Los aspectos legales fueron mencionados de manera repetida, resaltando el peso que éstos ejercen sobre sus decisiones. Esto concuerda con la percepción de los residentes, que referían que muchas veces las prácticas coercitivas obedecían al temor a posibles consecuencias legales. Otro de los principales aspectos a los que se hizo alusión fueron el número de personas que conforman los equipos y el ratio profesional-paciente. Así, dentro de las unidades de hospitalización se consideraba que los turnos con mayor número de contenciones eran los de la noche, que contaban con menos personal. De este modo, consideraban que un menor número de profesionales generaba por un lado una sensación de desprotección ante situaciones de difícil manejo, y por otro lado sostenían que funcionaba en detrimento del tiempo que se le podía dedicar a los pacientes de manera individual.

“Creo que muchas veces es lo que ocurre, por ejemplo, cuando está muy inquieto y no puedes tener una persona acompañándolos, acaba en esa situación (CM)”. (Psiquiatra)

Consideraban que la arquitectura de los espacios también influía de modo determinante en algunas de las contenciones. Coincidiendo con los residentes, explicaron como la urgencia de los hospitales era un espacio caótico para los pacientes agudos, que no ofrecía la contención y calma adecuadas al paciente, y en la que no se disponía de recursos personales suficientes ni con la cualificación conveniente. Esto se puso en relación con la mayor utilización de medidas coercitivas.

Como novedad frente a los grupos de residentes, enfatizaron la existencia de una normativa en las unidades que consideraban excesivamente rígida y restrictiva,

y creían que suponía tanto un elevado nivel de exigencia para el paciente, como para el personal que debe asegurarse de su cumplimiento, actuando como estresor relacional y pudiendo desencadenar situaciones de pérdida de control y agitación. Asimismo, percibían estas normas como deshumanizadoras y reificadoras para los pacientes.

“Pero es que hay normas que al paciente le dejan en una situación de vulnerabilidad, de entrar a una planta de hospitalización y despojarse de toda su identidad y toda su dignidad como persona” (Psiquiatra)

No obstante, la disconformidad mostrada hacia estas normas contrastaba con la tendencia a actuar ciñéndose a ellas, sin cuestionarlas en el día a día, especialmente entre el personal de enfermería. Consideraban que la rigidez en su aplicación se veía influenciada por la filosofía de la unidad y por la actitud del equipo, destacando la presión percibida por parte de otros compañeros de modo que, si alguien intentaba ser más flexible, podía derivar en tensiones con otros profesionales.

“...que te digan: ‘tú eres el de las oportunidades’, ‘el de vamos-a-darle-otra-oportunidad-más’” (Enfermero)

Otros de los factores mencionados fue el peso de la costumbre para llevar a cabo acciones coercitivas.

“... la presión de lo que normalmente se hace, de que “esto es como se hace siempre aquí”, bueno, no sé, es que en enfermería estamos muy acostumbrados a trabajar con ello. “Es que siempre se ha hecho así”. (Enfermera)

Se observó asimismo cierta tendencia a la naturalización de las prácticas coercitivas, con una ausencia de reflexión al respecto y dificultades para conectar con la vivencia y la posible repercusión emocional para el paciente.

“Hay contenciones que son para facilitar el descanso, que son contenciones que no son completas, son únicamente parciales, que en general son poco traumáticas y muchas veces el propio paciente las pide”. (Psiquiatra)

Por último, a pesar de haber manifestado una disconformidad generalizada respecto a las medidas coercitivas, explicitaron una dificultad para modificar su modo de funcionar.

“Yo creo que son nuestros propios miedos e inseguridades de no salir de lo mismo, de nuestra zona de confort, dónde pensamos que estamos... yo que sé... con la verdad”. (Psiquiatra)

Consecuencias percibidas de la contención mecánica

Sobre los profesionales

Los conflictos éticos fueron descritos como algo constante en las situaciones en que hacían uso de la contención mecánica. Se puso de manifiesto un malestar relacionado con la responsabilidad social, implícita en la figura del profesional. Algunos comparaban este aspecto de rol profesional con la figura de las fuerzas del orden público, entendiéndolo más como una labor policial que sanitaria y de cuidado.

“...hay que currárselo cada uno, con todos los dilemas que entraña, y las comeduras de coco, con todo: “odio la psiquiatría, no me quiero dedicar a esto nunca jamás”, otro día “me encanta mi profesión y por esto tiene sentido”, yo que sé...” (Psiquiatra)

Fruto del dilema, surgía una sensación de insatisfacción con la forma de proceder en ambos casos, tanto si se actuaba de acuerdo a ese mandato de control social, como si se actuaba de acuerdo al principio el cuidado.

“[...] Entonces, finalmente, tampoco me quedo a gusto, quiero decir, que si le hubiera atado me hubiera quedado fatal y si lo dejo (marcharse)... también me quedo fatal” (Psiquiatra)

De manera global, los profesionales verbalizaron emociones desagradables tras la aplicación de dichas prácticas.

“Esas prácticas, que a mí me revuelven, reconozco que las hago” (Enfermera)

La tensión derivada de los episodios de contención se reflejaba tanto a nivel emocional como a nivel físico, generando una situación de malestar global en el profesional.

“(...) es una tensión que estás ahí aguantando, luego... sueltas todo esto, estás hecho polvo físicamente. A mí me ha pasado de ponerme a llorar, de necesitar hablar, yo qué sé, de cualquier cosa, para seguir con el trabajo, porque te tienes que quedar allí hasta el día siguiente. Es horroroso.” (Psiquiatra)

Algunos verbalizaban incluso emociones de angustia, que relacionaban sobre todo con la frustración e impotencia que sentían por no haber podido encontrar una alternativa. Así mismo, manifestaban sentimientos de culpa, con tendencia a la rumiación después el episodio.

“Yo, mucha culpa también (...) Y luego estás dándole vueltas a la cabeza, -qué podía haber hecho distinto-, mucho machaque” (Psiquiatra)

“Después de llevar a cabo una contención mecánica siempre pienso...” se podría haber hecho de otra manera, seguro”, e incluso es que la veo, la manera, “si hubiésemos hecho esto, en lugar de esto otro...” (Enfermera)

Sobre los pacientes

De forma global describen la aplicación de medidas coercitivas y, en especial, de la contención mecánica como prácticas traumáticas para los pacientes. No obstante, en determinados momentos del discurso, se puede apreciar cómo se emplea el término traumático en un sentido muy amplio, incluyendo las consecuencias sobre los propios profesionales. Se considera que la CM resulta traumática para el paciente, aunque no exista una violencia física patente.

“En las que al final hay más agresividad y es más probable que se produzcan lesiones tanto en el paciente como en el personal sanitario, a eso me refiero con traumáticas”. (Psiquiatra)

“Vamos que el paciente está acojonado y se siente acorralado y a veces no le queda otra que hacer esto y es horrible, porque cuando ya muchas veces se ponen a llorar y no se resisten, dudo que eso no sea traumático. Aunque no haya una agresividad patente en esa situación... (Psiquiatra)

A pesar de ello, se describe la violencia de las contenciones y las consecuencias, de carácter realmente traumático, sobre los pacientes, situándolos en una posición de vulnerabilidad. Describen sentimientos en los pacientes de temor, desconfianza, asedio, incredulidad e indefensión.

“Yo creo que lo viven como algo terrible. Primero, ellos no entienden nada, no entienden porque les han atado, no entienden porque no han utilizado otros métodos, que a lo mejor no sé podía”. (Enfermera)

“Yo creo que lo viven de forma traumática y denigrante” (Psiquiatra)

La normalización de las medidas coercitivas, junto con la ausencia de resistencia u oposición en los pacientes fue vista como una forma de indefensión aprendida.

“No sé si el término es la indefensión aprendida, o algo así, es como ‘bueno, he hecho esto y sé que esto es lo que me espera’ “. (Enfermera)

“... si ya llevan varias veces y ya les ha pasado, van relativizando, incluso lo que dice ella, “bueno, si es lo que...” Lo aceptan, sobre todo yo creo que impotencia y sobre todo esto, indefensos, con lo que genera eso a nivel emocional.” (Enfermera)

En algunas situaciones concretas la contención mecánica también fue percibida como beneficiosa. Se hizo referencia a aquellas circunstancias en las que el paciente solicitaba ayuda para poder frenar su conducta.

” ... a veces te frena y sientes alivio. Puntualmente. La inmensa mayoría de las contenciones no, pero hay alguno en la que sientes cierto descanso, cierto alivio de decir ‘por fin he frenado, después de haber buscado’ ” (Psicóloga Clínica)

Se planteó la repercusión que los episodios de CM podían tener sobre las futuras demandas de ayuda en el paciente. Entendían que el episodio traumático podía actuar como un factor limitante.

“ Yo creo que es un miedo tan grande, que ese miedo luego les impide volver a pedir ayuda en un sitio en el que se supone que ellos antes esperaban recibir esa ayuda, ¿no? ... les ha dejado tan marcados, tan hechos polvo, que no van a pedir esa ayuda ” (Psiquiatra)

Describieron igualmente una ausencia de espacios reglados para hablar acerca de los episodios con los pacientes, considerando que esta ausencia de elaboración generaba mayores repercusiones negativas sobre ellos.

“Una contención, constituye un trauma que luego a lo mejor no hay mucho espacio para elaborarlo, y bueno claro, ... pues yo creo que hay que darle espacio...”

Sobre en el vínculo y la relación terapéutica

Al plantear la posible repercusión de los episodios de contención mecánica sobre su relación con el paciente, la mayoría se mostraba de acuerdo en que la relación cambiaba tras aplicar estas medidas. Sin embargo, referían con sorpresa haber sentido que ésta se deterioraba menos de lo que ellos hubiesen imaginado. El personal espera reacciones de rechazo hacia ellos, reproches, derivando todo ello en una ruptura de la relación con el paciente. Algunos de ellos sin embargo describieron que en casos particulares sintieron que tras poder sentarse y hablar del episodio habían logrado alcanzar una mayor intimidad la relación con el paciente.

Quedó patente que por parte del profesional la relación cambiaba también. Describían una alteración la jerarquía, un cambio de poder, que percibían como un aumento del desequilibrio. Expresaban incomodidad a la hora de dirigirse a los pacientes después de haber realizado una contención mecánica, describían conductas más cautelosas desde un temor propio a ser rechazados.

“Yo creo que sí que cambia. Cambia por el paciente y por uno mismo. Porque durante los momentos posteriores a la medida coercitiva, yo creo que sí se

mueve una contratransferencia importante, y que hay un cambio en la relación de poder.” (Psiquiatra)

“...Yo, hacia ellos, sí. Noto la sensación, al principio me siento muy incómoda... el primer contacto es como que no sé, no sé muy bien cómo dirigirme a él...” (Enfermera)

“Yo creo que supone un antes y un después, cambia la relación... Si se puede hablar, si tú le puedes explicar ya en otro momento qué es lo que ha pasado, qué es lo que te ha llevado a ti a tomar esa decisión, si él te puede devolver también cómo lo ha vivido... yo a veces incluso he tenido la experiencia de que ha habido a partir de ese momento más unión, más intimidad, más confianza, pero eso no siempre es posible, no... otras veces lo contrario... el desequilibrio mucho más marcado” (Psiquiatra)

Percepciones y actitudes frente a las alternativas a la contención mecánica

Eliminación contención mecánica

Del mismo modo que relataban los residentes, existió una actitud general en favor de la reducción y eliminación de este tipo de prácticas, que sin embargo se encontraba con una tendencia a justificar su uso, en algunas ocasiones, en el momento actual y con los recursos disponibles. Se mostraban de acuerdo en que era necesario reducir su sobreutilización y, al mismo tiempo, consideraban muy difícil su erradicación en nuestro contexto. Entre los condicionantes para poder contemplar alternativas al tratamiento actual se nombraron la falta de recursos humanos y las condiciones de trabajo actuales como factores principales. Esta posición fue criticada por alguno de los participantes, que consideraba que existían resistencias en los profesionales frente al cambio.

“Yo creo que tal y como están las cosas ahora, desde mi punto de vista, no se pueden suprimir ahora mismo, yo creo que no completamente, claro que sí reducir mucho, pero no completamente. Tiene que haber otras alternativas... (más recursos)” (Psiquiatra)

“Yo creo que no se podrían eliminar por completo. Se podrían eliminar la sobre-utilización” (Psiquiatra)

Reuniones posteriores a la CM

Una de las propuestas que consideraban que podrían mejorar la atención y reducir el uso de las sujeciones consistía en la mejora de la comunicación dentro

del equipo de profesionales y también con los pacientes. En este sentido, sugieren que el poder mantener reuniones regladas en las que elaborar lo sucedido, analizar las medidas tomadas y poder pensar en alternativas de actuación ante situaciones similares para determinada persona.

Plantean, igualmente, mantener conversaciones con los pacientes acerca de los episodios como forma de poder entender su vivencia, y que esto pudiese actuar como factor a tener en cuenta a la hora de tomar las decisiones para los profesionales. Para ello, mencionan que un primer paso podría ser el tener registros comunes en el que pudiesen dejar constancia todos los profesionales de lo ocurrido para su posterior análisis.

“Poderse reunir, ver qué ha significado para este paciente que haya sido atado, qué importancia tenía... lo podríamos haber hecho de otra manera, plantearnos eso.” (Enfermera)

“Al escuchar testimonios que lo han vivido, eso me ha ayudado un montón a poder entenderlo de otra manera, viendo la visión desde el otro lado, y también como a tener mayor seguridad en mí misma para no dejarme llevar por esta presión de fuera, pues ahora ya decido más en base a lo que yo pienso”. (Psiquiatra)

Implicar a los usuarios en la toma de decisiones terapéuticas

Se hizo también mención a la posibilidad de alternativas individualizadas con el paciente, desde el conocimiento del mismo y el trabajo de la relación terapéutica. Plantearon reuniones del equipo y con el paciente de manera que se pueda ir acordando con el paciente, desde una participación activa del mismo los pasos a seguir en situaciones de crisis. Los documentos de voluntades anticipadas o documentos de planes de crisis, se pensaba que podrían favorecer la eficacia de todas las medidas previas a la contención mecánica en una situación de descontrol o crisis. Algunos empleaban ya estas medidas en sus unidades.

“Yo sí que trabajo en individual con los pacientes el hacer un plan de crisis. Cuando se empiezan encontrar mal, los pasos que vamos a seguir tanto para que ellos sepan qué es lo que pueden esperar de nosotros en ese momento... Conocerles bien te ayuda mucho más.” (Psiquiatra)

“La importancia del vínculo terapéutico, de establecer relaciones de confianza basadas en el conocimiento de las personas. Individualizar el trato”. (Psiquiatra)

Se plantea la necesidad de acabar con el concepto de paciente como agente pasivo que recibe las indicaciones del doctor. Algunos añaden que parte de la solución pasaría por abandonar la posición de poder del profesional con respecto al paciente y ofrecer una mayor autonomía al paciente a la hora de decidir sobre sus tratamientos.

“Yo creo que una parte de bajarnos de esa posición de privilegio supone el compartir esa responsabilidad de lo que le pasa al paciente con él mismo. De tomar la medicación y que él tome la decisión al respecto, de qué medicación quiere tomar” (Psiquiatra)

“Implica un cambio de que los médicos se bajen del poder y que los pacientes se suban a más poder, que tampoco es fácil, no es fácil bajarnos y tampoco es fácil subirse”. (Psicóloga Clínica)

“La asunción de responsabilidad compartidas también me parece importante”. (Psicólogo Clínico)

Mejorar la formación

Estimaban importante y necesario mejorar la formación del personal en la contención verbal y medidas alternativas a la contención mecánica. Este planteamiento lo encontramos también en el discurso de los pacientes y en la información hallada en la revisión bibliográfica.

“Pero vamos lo malo es que ante una cosa tan importante y tan peligrosa y traumática a todos los niveles no haya una cosa más reglada. Más reglada tanto como zona, como hospital, como país”. (Psiquiatra)

Regulación emocional

Otro de los puntos tratados fue la importancia de la autorregulación emocional por parte del personal antes de dirigirse al paciente, para que no generar escaladas iatrogénicas con los usuarios:

“... saber cómo llego yo al trabajo. A hacer ese ejercicio también de contenerme yo (...) entonces sé que vengo especialmente crispada o enfadada, y que tengo que ser capaz de controlar eso a la hora de dirigirme al paciente”. (Enfermería)

Recursos

Una constante es la percepción de necesitar de más recursos, o de recursos diferentes, similares a los encontrados en otros países, que puedan facilitar técnicas las alternativas.

“Yo he estado en otros países donde no se contiene... pero... hay habitaciones acolchadas, entonces el paciente está sin contención, pero está en la habitación acolchada...” (Psiquiatría)

“muchas veces son recursos y por supuesto con legislación, con las dos cosas, pero sobre todo... yo creo que hay que tener recursos” (Psiquiatría)

“Claro, porque si tienes dos enfermeras pegaditas al paciente... esa es la situación ideal...” (Enfermería)

Cambio en la filosofía de trabajo

Uno de los temas fundamentales planteados por algunos de los profesionales fue la necesidad de un cambio de ‘mentalidad’ o de filosofía de trabajo. Suponen que el hecho de no contemplar como una opción la contención mecánica, facilitaba tanto la búsqueda como el empleo de otras medidas. Planteaban la necesidad de revisar las normativas y revisar las acciones propias de cada uno, intentando aplicar las medidas de forma coherente y honesta, con la situación y con ellos mismos. Se consideraron importantes estos pequeños actos individuales que cada uno de los profesionales podía realizar en su ámbito laboral más cercano.

“Un cambio de mentalidad... a día de hoy, a pequeña escala, pero cada uno puede intervenir en la pequeña parcela que le corresponde (...) oponernos un poco a esa corriente mayoritaria de presión, de lo que se espera de ti. Por lo menos plantearnos o reflexionar sobre esto en lo que a nosotros nos corresponde en el día a día. Y yo creo que, juntando un granito con otro granito y tal, pues algo...” (Psiquiatría)

“Creo que la idea de que no esté en nuestra cabeza como opción hace que saquemos otros recursos para eso” (Psicólogo)

“Yo creo que está mucho también en la cabeza de la gente. Tiene que empezar la gente a concebir que eso no... que se puede hacer de otra manera... que hay otro estilo... plantearse, yo creo que eso es muy importante” (Enfermera)

Legislación

Finalmente, creían necesario realizar cambios a nivel legislativo, que regulase tanto las contenciones mecánicas, como una nueva forma de percibir la autonomía de los usuarios de la red de salud mental. Comentaron la influencia que han tenido en los últimos años los movimientos de usuarios y los cambios sociales y de derechos humanos a este respecto; entendiéndolos como el motor principal que ha permitido hablar sobre la coerción actualmente.

“Yo creo que para alcanzar las ‘cero contenciones’, tiene que haber una legislación, y yo creo que se llegará, no desde los profesionales si no desde los pacientes, que son los que de hecho están empezando a mover esta cuestión, esto nunca se había tocado, hasta hace bien poco que han sido ellos quienes lo ha puesto sobre la mesa” (Psiquiatra)

Conclusiones. La lucha contra la coerción debe comenzar por nosotros mismos

Las conclusiones que se desprenden de los hallazgos expuestos, apuntan a que las actitudes y percepciones que existen en relación a la contención mecánica son compartidas, en muchos aspectos, entre los profesionales de los servicios de salud mental en los países occidentales. Los resultados que arroja el análisis de los discursos de los profesionales de la red de salud mental en la Comunidad de Madrid son, por el momento, muy similares a los encontrados en la literatura, y dan luz a contradicciones que aparecen en la práctica clínica diaria.

Se percibe de manera mayoritaria que existe una sobreutilización de las contenciones mecánicas, más allá de los criterios compartidos para los que supuestamente deberían estar destinadas. En general, coinciden en que las contenciones no son terapéuticas en sí mismas, y resaltan los dilemas éticos que les supone conocer las consecuencias negativas que las propias intervenciones pueden generar. Según los participantes, las sujeciones generan miedo, indefensión y desconfianza en los usuarios, en ocasiones son traumáticas, y podrían vulnerar la dignidad del paciente. Estas afirmaciones contrastan con la percepción de otros que, sin negar lo previo, argumentan que son efectivas y que, incluso, pueden ser beneficiosas en cuanto a que posibilitan la continuidad de un tratamiento que se considera necesario.

En relación a la percepción que tienen acerca de las situaciones que desencadenan su uso, corroboran los supuestos encontrados en la literatura, ya que la mayoría de ellos hace referencia a factores de los propios profesionales (falta de formación y habilidades, escasez de personal), del contexto (mal diseño y saturación de los espacios, repercusiones legales, presión institucional, inadecuación material...) y de la filosofía de las unidades (actitud del equipo, normativas rígidas, naturalización de la coerción...), del mismo modo que a factores relacionados con los usuarios (la no conciencia de enfermedad, alteraciones conductuales, situaciones de crisis, negativa al tratamiento...), considerando en muchas ocasiones estos últimos como secundarios. Quizás,

este hecho permite entender las importantes diferencias interindividuales y entre dispositivos, con características y contextos similares, que existen en relación al uso de las contenciones, tal y como se señaló anteriormente.

Algunos de estos factores favorecedores de las contenciones, como la rigidez de las normativas de las unidades, generan también malestar en el personal. De hecho, las consecuencias sobre los profesionales que emplean estas medidas no están ausentes. Los participantes refieren sentimientos de ansiedad, culpa, insatisfacción, rabia y malestar en relación con la aplicación de estos procedimientos coercitivos. Realizar las sujeciones les coloca en una situación de conflicto con su rol de cuidador, que se ve cuestionado por el mandato social de mantenimiento de la seguridad del paciente y de evitar daños a terceros, lo cual es vivido por la mayoría con especial malestar, y despierta sentimientos de frustración, fracaso e impotencia. Frente ello, aparecen estrategias como la supresión de la respuesta emocional y la racionalización en estas acciones que, si bien disminuyen el malestar de los profesionales a corto plazo, facilita el inmovilismo y da lugar a la normalización de estas prácticas, considerando las sujeciones como '*parte del trabajo*', desde una ética de la beneficencia que busca mantener el tratamiento necesario y adecuado para una persona que lo necesita y no presenta la capacidad necesaria para decidir correctamente en ese momento. Además, generan menor conflicto si se considera que se utilizaron como *última opción*, coinciden en que el vínculo previo con el paciente les hace sentirse más cómodos y que los sentimientos de conflicto tras un evento coercitivo se reducen si consiguen restablecer la relación terapéutica.

Por último, se muestran a favor y creen que es posible una reducción de las contenciones mediante alternativas a éstas. Casi todos perciben como imprescindibles las que están en relación con los recursos y el personal: mejor formación, más profesionales, espacios más adecuados a las necesidades de los usuarios etc., aunque creen que otras medidas como los ingresos domiciliarios, el uso y análisis correcto de los casos con registros o mediante *espacios de reflexión*, implicar más a los pacientes en la toma de decisiones e individualizar los planes de crisis... favorecerían una disminución en su uso. No creen, sin embargo, que su eliminación pueda realizarse a corto o medio plazo, cuestionando la accesibilidad de algunas de las alternativas que han mencionado y la necesidad de iniciativas a mayor escala (por parte de los usuarios, en la política institucional, en la legislación...). Sugieren que es necesario un cambio en la filosofía de trabajo, pero se aprecia en los discursos también la resistencia al cambio, y los propios profesionales presentan dificultades a la hora de verbalizar las discrepancias

existentes en el propio equipo terapéutico respecto al uso de estas medidas, lo que no posibilita un cuestionamiento dentro de la propia institución.

En estos momentos tenemos la oportunidad de enfrentar el reto de trabajar por una concepción ampliada del cuidado, en el que la rigidez de normas y medidas que provocan la deshumanización de la atención, la reificación de los usuarios y la institucionalización del personal, y que dificultan la creación de un vínculo terapéutico significativo, sean sustituidas por prácticas respetuosas con los derechos de las personas. Debemos abandonar el conformismo y responsabilizarnos para poder ofrecer cuidados dentro de una relación con límites, que no supongan ni un abandono ante las diferencias, ni un dominio del profesional sobre el paciente que pueda poner en riesgo los derechos de las personas con sufrimiento psíquico. Debemos preguntarnos: ¿hasta qué punto podemos reconocer al otro como agente?

Combatir la coerción requiere un cambio radical de paradigma, y éste no puede tener lugar en un solo territorio. Son necesarias las iniciativas políticas, los cambios en las legislaciones preventivas actuales, el empoderamiento de los usuarios, la lucha contra el estigma, la creación de nuevos dispositivos y la adecuación de los actuales para las situaciones de crisis etc. Sin embargo, como profesionales, no podemos ser impermeables a la importancia que tenemos en el mantenimiento de estas prácticas y actitudes. La contención mecánica debe reconocerse como un fracaso terapéutico, no como otra herramienta o instrumento terapéutico más. La mejora de la atención en salud mental puede darse en muchos niveles, pero la lucha contra la coerción debe comenzar por nosotros mismos, y es urgente que empiece ya.

Anexos

Tabla 1. Evaluación de la calidad de los estudios incluidos.

Estudios Cualitativos	Criterios CASP de calidad de estudios cualitativos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LOVELL, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
MORAN, 2009	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
RUBIO-VALERA, 2016	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No
BIGWOOD, 2008	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
MCCANN, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
CHAMBERS, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
MARANGOS, 2000	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
PAPADOPOULOS, 2012	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
BONNER, 2002	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si
OLOFSSON, 2001	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si
OLOFSSON, 1998	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
PETTI, 2001	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si
FISH, 2005	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
DUXBURY, 2005	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
KONTIO 2010	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
FEREIDOONI 2013	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
EL BADRI, 2008	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
WYNADEN 2002	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
DUXBURY, 2002	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
DUXBURY, 1999	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
KUOSMANEN, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
MASON, 1997	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
ALTY, 1997	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
MUIR-COCHRANE, 1996	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
HEM, 2014	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
MOLEWIJK, 2015	Si	Si	Si	Si	Si	No sé	Si	Si	Si	Si
PELTO-PIRI, 2014	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si

Leyenda: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.

1: Objetivos claramente definidos

2: Metodología apropiada

3: Método adecuado para alcanzar los objetivos

4: Estrategia de selección apropiada;

5: Técnicas de recogida de datos apropiadas

6: Reflexión sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación;

7: Consideración de los aspectos éticos;

8: Rigurosidad del análisis de datos;

9: Exposición clara de los resultados;

10: Resultados aplicables a la investigación.

Abreviación CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
MUIR-COCHRANE	1996	Los objetivos del estudio fueron: 1) Investigar las percepciones de la enfermería sobre el propósito de la reclusión. 2) Identificar las condiciones bajo las cuales se utiliza la reclusión. 3) Proporcionar un marco conceptual del proceso de aislamiento.	Siete enfermeras psiquiátricas de dos plantas de hospitalización psiquiátrica de un Hospital General.	Australia	Entrevistas reflexivas y entrevistas semiestructuradas grabadas en audio. Registraron por escrito. Los datos se analizaron utilizando la metodología de la teoría fundamentada.	Los datos revelaron como categoría conceptual principal "control" y dos subcategorías "vigilando" y "controlando". Se encontró que el aislamiento se usaba como tratamiento complementario en el cuidado de individuos considerados como "fuera de control". Los médicos expresaron su satisfacción con el uso del aislamiento, citando un protocolo estricto que proporcionó parámetros para su uso.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales de enfermería.

COERCIÓN Y SALUD MENTAL

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
MASON	1997	Aproximación etnometodológica para entender el proceso de toma de decisiones que se usa en el aislamiento.	25 enfermeros/as elegidas al azar, voluntarias, en un Hospital Forense.	Reino Unido	Entrevista semiestructurada, presentaban 2 viñetas clínicas y debían decir si lo aislarían o no explicando su decisión. Usan análisis de razonamiento de 1er y de 2º nivel.	Interpretan los datos en dos niveles: 1º lo hacen los propios participantes cuyo razonamiento se basaba en un marco de trabajo histórico temporal en términos de experiencias pasadas “bagaje de conocimientos”. 2º con la experiencia de los investigadores. Se identifican 3 temas: búsqueda mecánica, marco de conflicto, estado de aislamiento.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
ALTY	1997	Habla de las experiencias de aprendizaje de las enfermeras sobre reclusión y sus opiniones sobre su uso.	Entrevistan a 64 enfermeros de salud mental de un Hospital del Servicio Nacional de Salud.	Reino Unido	Una parte cuantitativa en la que entrevistan a las enfermeras. Posteriormente los comentarios son analizados cualitativamente.	Se extraen 6 temas: mantener la seguridad, abuso del aislamiento, el rol conflictivo de las enfermeras en la implementación del aislamiento, el valor del aislamiento en la práctica real, el proceso de aprendizaje y la toma de decisiones “contra la pared”.	Metodología mixta. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
OLOFSSON	1998	Analiza las narrativas sobre el uso de la coerción en pacientes psiquiátricos.	14 enfermeros (7 diplomados y 7 ayudantes de enfermería).	Suecia	Entrevistas narrativas personales grabadas en las que narran un episodio experimentado en el que se utilizó la coerción. Se realiza un análisis estructural por temas de los datos.	Los enfermeros deseaban ser vistos como "haciendo el bien", y "proporcionando buenos cuidados", pero experimentaban el uso de la coerción como algo que no era bueno. Este conflicto les dificultaba cuestionar el uso de la coerción y considerar soluciones alternativas.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
DUXBURY	1999	34 enfermeros de una Unidad de Agudos de Salud Mental y 32 de unidades de agudos generales.	Entrevistan a 64 enfermeros de salud mental de un Hospital del Servicio Nacional de Salud.	Reino Unido	Técnica del incidente crítico. Se les invitó a escribir en una hoja "En sus propias palabras, describa uno o más motivos que han involucrado a un paciente que es violento". Se realizó posteriormente un análisis de contenido.	Ambos grupos referían similares tipos de agresión. Causas de la agresión a los factores internos del paciente. El manejo de las situaciones de agresión por el modelo biomédico	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
MARANGOS	2000	Describir los pensamientos y sentimientos de las enfermeras que hacían uso de contenciones mecánicas en el contexto del paciente psiquiátrico.	6 enfermeras de entre 10 y 15 años de experiencia en psiquiatría que habían asistido a los programas educativos sobre el manejo del comportamiento agresivo.	Canadá	Un diseño etnográfico. La recopilación de datos con entrevista etnográfica. Los datos se analizaron siguiendo las pautas de Tesch, a fin de identificar los temas.	La complejidad de utilizar contenciones de influencias: el riesgo de daño, las reacciones emocionales de las enfermeras generadas por la situación de restricción, la aparente falta de alternativas aceptables, los factores unitarios y las actitudes profesionales.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
OLOFSSON	2001	Comprender la experiencia de episodios de coerción de pacientes psiquiátricos, enfermeras y médicos.	Siete triadas de pacientes, enfermeras y médicos narraron sus experiencias del mismo evento coercitivo.	Suecia	Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio cualitativo.	El personal reveló que se sentían incapaces de conectarse con los pacientes. Afirmaron que conocer al paciente les hacía sentirse más cómodos en el uso de la coerción y que sus acciones eran menos violentas para el paciente.	Metodología mixta. Muestra mixta: enfermeras/ médicos

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
PETTI	2001	Recoger las percepciones de pacientes y profesionales acerca de la contención mecánica y aislamiento.	Personal de enfermería y aquellos directamente involucrados con el incidente de contención mecánica y aislamiento.	Estados Unidos	Se emplearon entrevistas estructuradas después del incidente concreto, entre 1999 y 2000. Se analizó el contenido creando un formulario para cada pregunta. Cada entrada se codificó un promedio de cuatro veces como categorías de las respuestas se compararon y colapsaron.	Los pacientes y el personal tenían opiniones variadas sobre los incidentes. Pero en general su percepción de precipitantes y lo que se podría haber hecho para prevenir el incidente era más acorde.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
BONNER	2002	Vivencia subjetiva de pacientes y personal acerca de las contenciones físicas.	Analizan 6 incidentes: un paciente y dos profesionales por cada incidente.	Reino Unido	Entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas, fueron analizadas independiente- mente con la técnica de Miles & Huberman.	Hablan de factores que influyen antes durante y después del conflicto, factores relacionados con los pacientes y con el personal (cuestiones éticas y retraumatización).	Metodología mixta. Muestra mixta enfermeras/ pacientes.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
WYNADEN	2002	Explorar el proceso de toma de decisiones completado por el personal que rodea el uso del aislamiento, identificando las cuestiones éticas, legales, profesionales, ambientales, de actitud y seguridad que impactan en los procesos de toma de decisiones.	Siete enfermeras tituladas de salud mental y un médico, por muestra intencional.	Australia	Estudio descriptivo exploratorio. Todos los datos de las transcripciones se analizaron siguiendo los estándares del procedimiento de análisis de datos cualitativos.	Se identificó siete categorías principales: «evaluación de la situación», «conocimiento de los pacientes del paciente», «cuidados durante el aislamiento», «terminación del aislamiento», «cuidado después del aislamiento», «capacidad de lograr los resultados deseados» y «reflejo en el evento».	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/ médicos

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
DUXBURY	2002	Identificar y evaluar enfoques utilizados para manejar la agresión y la violencia del paciente.	Pacientes (n=80), enfermeras (n=72) y médicos (n=10), en tres plantas de hospitalización psiquiátrica de agudos.	Reino Unido	Usaron un formulario de incidentes, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Empleo de cuestionario MAVAS, - incident form Modified Staff Observation Aggression Scale -MSOAS- (Yudofsky et al, 1986). Emplearon "meaning categorization" e identificaron categorías temáticas	Se identifica factores: las interacciones problemáticas y los entornos restrictivos. El personal no ve sus propias acciones como problemáticas. Las estrategias de manejo más usadas: de-escalada y la medicación; pero en conjunto eran medicación, contención y aislamiento. Personal y pacientes están insatisfechos con el manejo de la agresividad.	Metodología mixta. Muestra mixta: enfermeras/ médicos

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
FISH	2005	Explorar la perspectiva personal y pacientes sobre las intervenciones físicas	9 pacientes de una unidad psiquiátrica de media seguridad de discapacitados intelectuales y 16 miembros del personal.	Reino Unido	Entrevistas no estructuradas. Emplean un análisis fenomenológico, empleando las guías de <i>Hycner's</i> para ello. Hallan los temas emergentes.	El personal defiende usar Intervención física como último recurso en casos de daño potencial a sí mismo o a otros. Los pacientes pueden llegar a verlo como forma de castigo. Hablan de diferentes factores como la retraumatización, así como de los sentimientos de culpa o la sensación de poder.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: pacientes/personal
DUXBURY	2005	Analizar las perspectivas del personal y del paciente sobre las causas de la agresión del paciente y la forma en que se maneja.	80 pacientes y 82 enfermeras de tres plantas de hospitalización de salud mental.	Reino Unido	Emplean un cuestionario MAYAS acerca de las causas de la violencia y el manejo a los participantes realizando un análisis estadístico. Realizan entrevistas semiestructuradas a una submuestra de pacientes y de personal, que fueron analizadas utilizando análisis de contenido.	Habla de los factores internos, externos e interaccionales que personal y pacientes dan para explicar las agresiones, así como de factores relacionados con la organización.	Metodología mixta. Muestra mixta: pacientes/personal

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
BIGWOOD	2008	El objetivo era comprender las experiencias de las enfermeras contestando a la pregunta: ¿Cómo perciben las enfermeras la experiencia de restricción física de los pacientes en un servicio de salud mental agudo?	Los participantes eran siete enfermeras (enfermeras generales y psiquiátricas), que trabajaban en el área de pacientes agudos de un servicio regional de salud mental	Nueva Zelanda	Se utilizó la metodología fenomenológica descriptiva hermenéutica de Van Manen. Entrevistas grabadas en audio, en las que se pidió a los participantes que describieran la experiencia de la restricción física de los pacientes. Se formularon notas al intentar interpretar y comprender el significado esencial de las experiencias expresadas por los participantes.	El tema más frecuente que surgió de los datos fue: "es parte del trabajo", que fue constituido por el subtema de Control. Este subtema constaba de dos facetas: "Enfermería en conflicto" y "enfermería asustada". Los hallazgos sugieren que las enfermeras de salud mental se sienten muy incómodas con la moderación física, a pesar de que se considera como parte integral de su papel.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
EL BADRI	2008	Investigar la percepción y experiencia de los pacientes y personal sobre el uso de la contención en servicios psiquiátricos	250 personas entre personal y pacientes de ámbito rural y urbano de salud mental ambulatoria.	Australia	Cuestionario diseñado para ese propósito repartido entre staff y pacientes. Hay 10 ítems que son medidos de forma cuantitativa y también espacios en blanco donde se les insta a poner comentarios sobre lo que piensan/ sienten	La contención genera emociones negativas que afectan a la relación terapéutica. Se percibe como sobreutilizada. El personal percibía a los pacientes asustados, enfadados e indefensos y estaban preocupados por la ira que generaba en ellos.	Metodología mixta. Muestra mixta: pacientes/ personal
MORAN ET AL	2009	Explorar las emociones y sentimientos experimentados por un grupo de enfermeras psiquiátricas en relación con incidentes de restricción y reclusión.	Una muestra intencionada de 23 enfermeras psiquiátricas de cuatro plantas de hospitalización.	Irlanda	En el estudio se empleó un enfoque cualitativo que incorporó discusiones de grupos focales. Los datos se analizaron mediante análisis interpretativo cualitativo.	Se crearon tres temas que consisten en: (1) el último recurso - restricción y reclusión; (2) angustia emocional; Y (3) supresión de emociones desagradables.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
KONTIO	2010	Explorar las percepciones acerca de los episodios de comportamiento agresivo y búsqueda alternativas contestando a las preguntas: ¿Qué sucede realmente cuando un paciente se vuelve agresivo en su planta / en su hospital? Y ¿Qué métodos alternativos tiene usted en vez de aislamiento o restricción en su planta / hospital	Se realizaron 4 grupos focales (3 grupos de enfermeras (total n = 22) y 1 grupo de médicos (total n = 5)).	Finlandia	Entrevistas de grupos focales y datos analizados por análisis inductivo de contenido.	Los participantes creyeron que el proceso de toma de decisiones para manejar el comportamiento agresivo de los pacientes contiene algunos dilemas éticos. Pensaban que la perspectiva subjetiva de los pacientes recibía poca atención. Sin embargo, el personal propuso y parecía utilizar una serie de alternativas para minimizar o reemplazar el uso.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/ médicos

COERCIÓN Y SALUD MENTAL

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
PAPADOULOS	2012	Averiguar cuáles son los eventos que aumentan y reducen la probabilidad de que haya conflictos en los pacientes y medidas de contención (contención manual, medicación forzosa y reclusión).	120 miembros del personal (psiquiatras y managers).	Reino Unido	Durante dos años realizan un cuestionario al personal de enfermería sobre los conflictos en los últimos 6 meses en la UHB. Paralelamente realizan entrevistas semiestructuradas a miembros del personal. Cruzan los datos y analizan temas significativos (software NVIVO 8)	Hallan 13 temas significativamente relacionados con el aumento o disminución de la conflictividad en las UHB. 11 de estos temas son relativos al personal.	Metodología mixta. Muestra mixta de profesionales.
FEREDOONI	2013	Investigar las experiencias de las enfermeras que trabajan en las plantas psiquiátricas con respecto a la restricción física.	14 enfermeras seleccionadas por muestreo intencional.	Irán	Entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos, que se continuaron hasta la saturación de los datos y la aparición de temas. SE empleó análisis de contenido inductivo.	Cuatro categorías surgieron: (1) La restricción como multiso, (2) El procesamiento de la restricción física, (3) La restricción como un tema desafiante y (4) Los efectos de la restricción en el espectro. Los participantes describieron el uso de la restricción física como una de las principales estrategias para el control de pacientes psiquiátricos.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
LOVELL ET AL	2015	Examinar las percepciones de las enfermeras de la limitación de aprendizaje de los incidentes que implican la intervención física, y particularmente los factores que contribuyen a lesiones sufridas por este grupo.	20 miembros de personal de enfermería cuya lesión fue sostenida por al menos un miembro del equipo de intervenciones físicas.	Reino Unido	Se emplean entrevistas cualitativas, semiestructuradas. Y análisis temático de Braun & Clarke (2006, asistido por el software MAXQDA	La violencia de los pacientes plantea constantemente un desafío de tener que equilibrar la necesidad de responder para mantener la seguridad de todos, mientras que simultáneamente apoyan y cuidan a las personas con necesidades complejas.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
McCANN	2015	Comprender las experiencias de enfermería en cuanto a la contención y reclusión en la planta de psiquiatría y cómo estas experiencias respaldan la resistencia para eliminar estas prácticas	Muestreo voluntario para reclutar a enfermeras registradas y enfermeras de las unidades y sus equipos de alcance comunitario adyacentes.	Australia	Se realizaron entrevistas individuales. Para el análisis de datos se utilizó el enfoque de Smith & Osborn (2008). Se codificaron las transcripciones y se entendió la transformación tentativa de códigos en temas conceptuales.		Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
CHAMBERS	2015	¿Cuáles son los pensamientos y sentimientos experimentados por las enfermeras de salud mental inglesas cuando cuidan y manejan a los usuarios de servicios angustiados y / o perturbados en situaciones psiquiátricas agudas en pacientes hospitalizados?	12 enfermeras tituladas que trabajan en unidades de agudos psiquiátricos, de adultos.	Reino Unido	Recopilación de datos mediante grupos focales. Los datos fueron transcritos y sometidos a análisis inductivo de contenido	Tres grandes temas explícitos se derivaron de los datos: disonancia emocional y cognitiva, compromiso terapéutico y gestión y apoyo organizativo.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.
KUOSMANEN	2015	Análisis de la experiencia de profesionales de salud mental que experimentan reclusión	2 enfermeros voluntariamente experimentan la reclusión durante 24 horas.	Finlandia	Dos habitaciones de aislamiento separadas de una UHB vacía. Se siguieron las normas habituales. Cada 6 horas dictaban a una grabadora su experiencia	Temas: (1) reclusión en general, (2) el ambiente de la sala de aislamiento, (3) actividades durante el aislamiento, y (4) otras percepciones relacionadas con la reclusión. Se analizó mediante Verbatim y análisis inductivo del contenido.	Metodología cualitativa. Muestra profesionales enfermería.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
RUBIO-VALERA	2016	Definir y caracterizar los estados de agitación en la práctica habitual en una unidad de Psiquiatría de Agudos y urgencias psiquiátricas.	Se establecieron dos grupos nominales, uno con 7 profesionales de enfermería y otro con 10 de psiquiatría (urgencias y psiquiatría de agudos).	España	Estudio exploratorio-descriptivo, realizado desde una perspectiva socioconstructivista. Se establecieron dos grupos nominales. Los grupos nominales funcionaron como una técnica de construcción de consenso que no requiere un análisis narrativo.	El resultado es una clasificación “pragmática” de los estados de agitación y sus requisitos de atención. Fue posible llegar a un consenso en ambos grupos. El equipo de enfermería describió los estados que formaron los extremos de un espectro. Se describió un tercer estado que se caracteriza por un comportamiento desorganizado. El equipo de psiquiatras describió tres estados de agitación: un estado inicial (ansiedad e irritabilidad), un estado moderado y un estado severo de agitación con agresividad y / o violencia.	Metodología cualitativa. Muestra mixta: enfermeras/ médicos

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
HEM	2014	¿Qué tipo de desafíos éticos encuentran los profesionales de la salud en relación con el uso de la coerción en el día a día clínico?	65 participantes entre psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermería, auxiliares, trabajadores y educadores sociales, gestores, pertenecientes a distintas unidades de salud mental de tres instituciones distintas. Muestreo intencionado y razonado.	Noruega	7 grupos focales cuyos datos se grabaron, transcribieron y luego analizaron mediante la técnica de “bricolage”.	El estudio revela que los problemas éticos que existen en los profesionales en relación a las medidas coercitivas.	Metodología cualitativa: múltiples participantes de distintas disciplinas.
PELTO-PIRI	2014	Describir las situaciones que los trabajadores en salud mental creen que dan lugar a “consideraciones éticas”.	105 trabajadores en dispositivos de salud mental: 38 enfermeras especialistas y 50 auxiliares, 4 médicos, 3 trabajadores sociales, 2 psicólogos y 8 de profesión desconocida.	Suecia	Rellenan el diario donde se les solicita que describan situaciones de trabajo que crean que llevan a alguna forma de “consideraciones éticas” y las éstas les inspiran. Realizaron análisis temático del contenido. Para la validez ecológica discutieron con miembros del staff los resultados del análisis.	Emergen 4 temas: cuidados de calidad, (que hace referencia a la importancia de mostrar respeto y compromiso en el trabajo), orden y claridad, lealtad, e insuficiencia. Muestra que el personal tiene una interpretación muy laxa del concepto de “consideraciones éticas”.	Metodología cualitativa.

Autor	Año	Objetivo principal del estudio	Participantes/ Perspectiva	Localización/ Contexto	Diseño del estudio/ Recogida y análisis de datos	Resultados (Key Findings)	Metodología y muestra
MOLEWIJK	2015	Informar al personal de salud mental, managers y "servicios de apoyo ético" en salud mental sobre cómo los profesionales de salud mental lidian con los desafíos éticos en relación a la coerción.	65 miembros de 3 instituciones de salud mental (UHB, CSM, geriatría, UADO y rehabilitación).	Noruega	7 grupos focales. Son grupos semiestructurados, 3 preguntas centrales (este artículo se centra en la 2ª de ellas): ¿Cómo te enfrentas a estos desafíos éticos? (En relación a las acciones coercitivas). Se lleva a cabo un análisis del contenido por separado de los autores, que redefinen los temas principales por consenso.	Los profesionales entienden lo que es un desafío ético, lidian con ellos a diario. Se objetiva falta de tiempo, de conocimiento y de metodología específica para tratar con estos desafíos éticos. Refieren que muchas veces los tratan de un modo implícito. Raramente se debate sobre conflictos generados por el marco normativo. Escasa inclusión de pacientes y familiares a la hora de abordar estos desafíos. Importancia de entender el porqué del uso de la coerción.	Metodología cualitativa.

Tabla 3. Distribución según países

País del estudio	Nº Estudios
Reino Unido	11
Noruega	2
Irlanda	1
España	1
Finlandia	2
Suecia	3
Canadá	1
EEUU	1
Australia	4
Nueva Zelanda	1
Irán	1
TOTAL	28

Tabla 4. Características de los residentes en los GF según años de experiencia

	MIR 1-2	MIR 3-4	PIR 1-2	PIR 3-4	EIR	Total
Grupo 1	1	1	2	1	1	6
Grupo 2	2	1	1	1	2	7
Grupo 3	-	3	2	-	3	8
Total	3	5	5	2	6	21

Bibliografía

- ALTY, A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing*, 25(MacDonald 1988), 786–793. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025786.x>
- AMINOF, K., WILMA, B., CREPAZ-KEAY, D., DAUMERIE, N., FINKELSTEIN, C., GAUCI, D., ... KLEIN, J. (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, 1–17.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2016). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*. Cartagena. Retrieved from <http://www.ascane.org/docs/ManifiestodeCartagenaconfirmas.pdf>
- Association for the prevention of torture (APT). (2016). *Outcome Report: Monitoring psychiatric institutions*. Génova. Retrieved from http://www.apr.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf
- BERENGUERA OSSÓ, A., FERNANDEZ DE SANMAMAED SANTOS, M. J., & PONS VIGUÉS, M. (2014). Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud, 224.
- BIGWOOD, S., & CROWE, M. (2008). "It's part of the job, but it spoils the job": A phenomenological study of physical restraint: Feature Article. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215–222. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
- BONNER, G., LOWE, T., RAWCLIFFE, D., & WELLMAN, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- BROPHY, L. M., ROPER, C. E., HAMILTON, B. E., TELLEZ, J. J., & MCSHERRY, B. M. (2016). Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
- CANO ARARA, A., GONZÁLEZ GIL, T., CABELLO LÓPEZ, J. B., & CASPE. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. In CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. (pp. 3–8). Alicante.
- CHAMBERS, M., KANTARIS, X., GUISE, V., & VÄLIMÄKI, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 289–297. <https://doi.org/10.1111/jpm.12199>
- COCHO, C., LÓPEZ, I., CARBALLEIRA, L., NOCETE, L., & FERNÁNDEZ, A. (En prensa). Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. Revisión bibliográfica de estudios cualitativos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

- COMISIONES. CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. DIARIO DE SESIONES. XII LEGISLATURA SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES (2017). Madrid. Retrieved from http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-229.PDF
- Congreso de los Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales (2017). Madrid. Retrieved from http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-168.PDF
- Congreso de los Diputados. DIARIO DE SESIONES. XII LEGISLATURA. SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES (2017). Madrid . Retrieved from http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-229.PDF
- CORNAGGIA, C. M., BEGHI, M., PAVONE, F., & BARALE, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
- DUXBURY, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325–337. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>
- DUXBURY, J., & WHITTINGTON, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- EIROÁ OROSA, F. J. (2017). *Recopilación de argumentos sobre la reducción de contenciones mecánicas y comentario desde la literatura científica reciente*. Barcelona. Retrieved from http://veus.cat/wp-content/uploads/2017/05/ARGUMENTARIO_CONTENCIONES_MECANICAS.pdf
- EL-BADRI, S., & MELLISOP, G. (2008a). Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 16(4), 248–52. <https://doi.org/10.1080/10398560802027302>
- EL-BADRI, S., & MELLISOP, G. (2008b). Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 16(4), 248–52. <https://doi.org/10.1080/10398560802027302>
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). (2006a). *16th General Report on the CPT's activities. Means of Restraint in Psychiatric Establishment for Adults*. Estrasburgo. Retrieved from <https://rm.coe.int/1680696a83>
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). (2006b). *Means of restraint in a psychiatric hospital*.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). (2017). *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards)*. Estrasburgo. Retrieved from <https://rm.coe.int/16807001c3>
- FEREIDOONI MOGHADAM, M., FALLAHI KHOSHKNAB, M., & PAZARGADI, M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study.

- International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1), 20–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349842> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4201183>
- FISH, R., & CULSHAW, E. (2005). The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities : JOID*, 9(2), 93–107. <https://doi.org/10.1177/1744629505049726>
- GUDDE, C., VATNE, S., OLSØ, T., & WHITTINGTON, R. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 449. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>
- HAPPELL, B., & HARROW, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x>
- HEM, M. H., MOLEWIJK, B., & PEDERSEN, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15, 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los Libros de La Catarata.
- JACKSON, D. D., BEAVIN BAVELAS, J., & WATZLAWICK, P. (2011). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Jefatura del Estado. (2000). Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado. Retrieved from <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>
- JUAN E. MÉNDEZ. (2013). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Retrieved from http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- KALLERT, T. W. T. T. W., GLÖCKNER, M., ONCHEV, G., RABOCH, J. J., KARASTERGIOU, A., SOLOMON, Z., ... KJELLIN, L. (2005). The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(3), 168–172. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414770/> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633543>
- KONTIO, R., VÄLIMÄKI, M., PUTKONEN, H., KUOSMANEN, L., SCOTT, A., & JOFFE, G. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), 65–76. <https://doi.org/10.1177/0969733009350140>
- KUOSMANEN, L., MAKKONEN, P., LEHTILA, H., & SALMINEN, H. (2015). Seclusion experienced by mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 333–336. <https://doi.org/10.1111/jpm.12224>
- LAGARES ROIBAS, A., PRIETO MADRAZO, Á., SIGUÍN GÓMEZ, R., & VALLE, J. (2004). Recomendaciones Terapéuticas para el Manejo de la Agresividad. *Recomendaciones Farmacoterapéuticas En Salud Mental. Consejería de Sanidad Y Consumo. Dirección General de Farmacia Y Productos Sanitarios*, 1(Junio), 12. Retrieved from <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017263.pdf>
- Mad In America para el Mundo Hispanohablante. (n.d.). Mad In America Hispanohablante

- Locura, comunidad y derechos humanos. Retrieved May 15, 2017, from <http://madinamerica-hispanohablante.org/>
- MARANGOS-FROST, S., & WELLS, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362–369. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01290.x>
- MEEHAN, T., BERGEN, H., & FJELDSOE, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 33–38.
- MEEHAN, T., VERMEER, C., & WINDSOR, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 370–377.
- MIND Associations. (2013). *Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England*. London. Retrieved from https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf
- MOLEWIJK, B., HEM, M. H., & PEDERSEN, R. (2015). Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-4>
- MOLINA MUÑOZ, M. (2017). *Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud*. Madrid. Retrieved from <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DRESOLUCIÓN+SUJECIONES+VICE+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352925809595&ssbinary=true>
- MORAN, A., COCOMAN, A., SCOTT, P. A., MATTHEWS, A., STANIULIENE, V., & VALIMAKI, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 599–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x>
- MUIR-COCHRANE, E. (1996). An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards, 555–563.
- MUIR-COCHRANE, E. C., BAIRD, J., & MCCANN, T. V. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 109–115. <https://doi.org/10.1111/jpm.12189>
- OLOFSSON, B. (2000). Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(4), 295–296. <https://doi.org/10.1080/080394800448246>
- OLOFSSON, B., GILJE, F., JACOBSSON, L., & NORBERG, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 45–53. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x>
- Organización de Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, 1–42. Retrieved from <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- PAPADOPOULOS, C., BOWERS, L., QUIRK, A., & KHANOM, H. (2012). Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv*, 63(1), 40–47. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201000480>
- Parlament de Catalunya. Federació Veus. (2017). Comissió de Salut. Sessió ordinària. Retrieved December 7, 2017, from https://www.parlament.cat/web/canal-parlament/sequencia/videos/index.html?p_cp1=7988419&p_cp3=7990872
- PELTO-PIRI, V., ENGSTRÖM, K., & ENGSTRÖM, I. (2014). Staff's perceptions of the ethical landscape in psychiatric inpatient care: A qualitative content analysis of ethical diaries. *Clinical Ethics*, 9(1), 45–52. <https://doi.org/10.1177/1477750914524069>
- PETTI, T. A., MOHR, W. K., SOMERS, J. W., & SIMS, L. (2001). Perceptions of Seclusion and Restraint by Patients and Staff in an Intermediate-Term Care Facility.
- RABOCH, J., KALISOVÁ, L., NAWKA, A., KITZLEROVÁ, E., ONCHEV, G., KARASTERGIOU, A., ... KALLERT, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–7. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- SAILAS, E., & FENTON, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2), CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- SAMPIETRO, H. M., RUIZ ÍÑIGUEZ, R., EIROA-OROSA, F., CARRALERO MONTERO, A., & MUÑOZ LOBO, E. (2016). ¿Es posible cuidar sin contención mecánica? Alternativas al uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica I Primera Vocal. Retrieved May 15, 2017, from <https://primeravocal.org/es-posible-cuidar-sin-contencion-mecanica-alternativas-al-uso-de-la-contencion-mecanica-en-las-unidades-de-hospitalizacion-psiquiatrica/>
- SAN MARTÍN, O., ÁLVAREZ, R., BONAN, M. V., CORTÉS, E., GONZÁLEZ, O., MONTES, M. F., ... HERRAEZ, I. (2015). *Protocolo de inmovilización terapéutica del paciente agitado*. Hospital La Paz. Madrid. https://doi.org/PT-GEN-PP_it-01 Edición
- SEQUEIRA, H., & HALSTEAD, S. (2002). Restraint and seclusion: service user views. [References]. *Journal of Adult Protection*, 4(1), 15–24. Retrieved from <http://www.pavpub.com>
- Skills for Care & Skills for Health. (2014). *A positive and proactive workforce. A guide to workforce development for commissioners and employers seeking to minimize the use of restrictive practices in social care and health*. Leeds. Retrieved from <http://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Topics/Restrictive-practices/A-positive-and-proactive-workforce.pdf>
- STANLEY, M. (1974). *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York: Harpercollins.
- STEINERT, T., LEPPING, P., BERNHARDSGRÜTTER, R., CONCA, A., HATLING, T., JANSSEN, W., ... WHITTINGTON, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>

- STEWART, D., BOWERS, L., SIMPSON, A., RYAN, C., & TZIGGILI, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749–757. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x>
- SULLIVAN, D., WALLIS, M., & LLOYD, C. (2004). Effects of patient focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11, 503–508.
- VAN DER MERWE, M., MUIR-COCHRANE, E., JONES, J., TZIGGILI, M., & BOWERS, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>
- WINSHIP, G. (2006). Further thoughts on the process of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(September 1921), 55–60.
- WYNADEN, D., CHAPMAN, R., MCGOWAN, S., HOLMES, C., ASH, P., & BOSCHMAN, A. (2002). Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260–268. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00257.x>

Por tu bien. De-construyendo la coerción en Salud Mental

Raúl Velasco Sánchez

*“La verdadera razón no está libre de todo compromiso con la locura;
por el contrario, debe seguir los caminos que ésta le señala.”*

Michel Foucault

*“La locura no se puede encontrar en estado salvaje.
La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera
de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas
de repulsión que la excluyen o la capturan”.*

Michel Foucault

Desde que venimos al mundo, nuestra especie parece ser de las más dependientes del planeta. Nos han de alimentar, proteger de los peligros externos de un entorno hostil, ayudar a caminar y movernos, ganando muy poco a poco autonomía. Seguramente en más de una ocasión nuestros amorosos progenitores han recurrido a algún tipo de medida coercitiva con la manida excusa de que era por nuestro bien. Por nuestro bien hemos ido a la escuela, cuando preferíamos estar jugando o leyendo comics, nos hemos comido las acelgas y las lentejas (esos manjares que sólo se aprenden a apreciar pasados los 30 en mi caso) y un largo etcétera.

Muchos de estos actos nos han provocado rechazo e incomprensión, porque cuando eres adolescente y tienes las hormonas subidas en una montaña rusa lo usual es creer que tus padres no te entienden, que no te van a entender nunca, porque en definitiva no tienen ni idea de lo que es la vida. Siempre partiendo, eso sí, de que ellos sean, lo que se suele decir, unos buenos padres: con sus virtudes, sus defectos, sus luchas, sus resistencias, sus deseos, sus neurosis, pero que al fin y al cabo nos quieren y esperan que algún día volemos del nido y vivamos nuestra vida. Ese día, se habrán doctorado en su papel como protectores y promotores de nuestra autonomía.

El hecho de que este tipo de medidas, donde las amenazas veladas, el uso de una fuerza a priori invisible, pero que se sabe que existe y que se puede ejercer en cualquier momento, sino se impone directamente con el objetivo de condicionar el comportamiento de las personas que han sufrido una experiencia de sufrimiento mental grave nos ilustra lo instalado que está el paternalismo en el sistema sanitario. El psiquiatra Manuel Desviat nos recuerda lo complejo que les resulta articular una ética a profesionales como él con estas palabras: *“Si es aún difícil la introducción de normas y protocolos que garanticen la eticidad de la práctica*

médica en general, es fácil adivinar las resistencias, las trabas, las confusiones en la atención psiquiátrica, donde los pacientes más graves –los psicóticos- han sido considerados, cuando menos, unos menores más o menos perversos precisados de tutela de por vida, y los menos graves –los neuróticos-, unos inmaduros inestables y de poco fiar”. En este marco de acción, la terapia se transforma en una herramienta de control y el terapeuta en una especie de brazo ejecutor, de policía de la salud, más preocupado en no perder lo que entienden como precaria estabilidad, puesto que si el sujeto se recupera será por motivos externos y particulares del mismo. Cabe recordar que a día de hoy en Occidente sigue siendo vigente la ley de Black o ley de Tercios, según el catedrático de neuropsiquiatría Germán Berrios: *“Desde el uso de las duchas frías a la implementación de los neurolépticos de nueva generación, clínicamente hablando, seguimos más o menos igual, sólo un tercio de pacientes se recupera, otro tercio se mantiene más o menos igual y el último empeora. Además, a día de hoy, aún desconocemos qué relación tiene esto con el efecto placebo”.*

Lo cierto es que como recuerda Michel Foucault en su “Historia de la locura”: *“El loco ha sido siempre desterrado”* desde la Grecia clásica, pasando por La nave de los locos medieval, al sistema manicomial de Pinel, hasta llegar al día de hoy, en que el destierro es más bien simbólico, pero terrible de todas formas. Desde la mal gestionada Reforma Psiquiátrica, en la que se cerraron instituciones y muchos pacientes pasaron de dormir en el hospicio a hacerlo en la estación de autobuses, y la aparición de nuevos fármacos, se ha desarrollado toda una red asistencial formada por: plantas de agudos, centros de salud, centros de día, clubs sociales, residencias, pisos tutelados y centros especiales de trabajo. Todo ello ha organizado una auténtica industria del malestar encargada *a priori* de cuidar y promocionar la salud y el bienestar en sus clientes, con más o menos eficiencia y con más o menos eficacia. El panorama que hayamos si nos fijamos en este tejido sanitario tiene tanto de esperanzador como de desalentador. De alguna forma, todos o casi todos estos dispositivos se erigen sobre una misma ideología y aportan una mirada similar a la hora de entender y pensar el sufrimiento mental y a las personas que lo padecen. No quiero extenderme en explicar cómo la psiquiatría biológica ha conseguido imponer un paradigma falaz, perverso e inhumano, ya hay mucho escrito sobre ese tema, que no es el que nos trae aquí, sólo sentenciaré que lo que ha generado la hegemonía del paradigma biomédico en salud mental es una estructura cronificadora, que silencia el malestar, deshistoriza al sujeto doliente, lo castra física, psíquica y simbólicamente, incapacitándolo para ejercer plenamente sus derechos como ciudadano, zombificándolo a través de cócteles

absurdos de medicación y estigmatizándolo si intenta rechazar u oponerse a ese sistema y ese discurso dominante.

En un reciente informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) titulado “Sobre el derecho de toda persona al más alto nivel de disfrute de salud física y mental” (2017) se recuerda que: *“El impulso generado por la sociedad civil a favor de un cambio de paradigma ha contribuido a la evolución del marco de derechos humanos en el ámbito de la salud mental. La aprobación en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sentó las bases para ese cambio de paradigma con el objetivo de dejar atrás el legado de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede contribuir enormemente a promover cambio y ofrece un marco para la plena efectividad del derecho de toda persona a la salud mental.”* Y también que *“Diez años después, el progreso es lento. Algunos tratamientos alternativos eficaces, aceptables y ampliables permanecen al margen de los sistemas de atención de la salud, la desinstitucionalización se ha estancado, las inversiones en salud mental continúan destinándose mayoritariamente a un modelo biomédico y han proliferado reformas legislativas en materia de salud mental que han mermado la capacidad jurídica y la igual protección de la ley de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual/ o psicosocial. En algunos países, el abandono de los centros psiquiátricos ha arrojado a muchas personas a la falta de hogar, los hospitales y la cárcel. Cuando existe asistencia internacional, con frecuencia se dedica a la renovación de grandes instituciones residenciales y hospitales psiquiátricos, lo que dificulta el progreso”*.

Sobre cómo articular ese progreso según las personas afectadas trata este artículo, en un intento de deconstruir la coerción y aportar, desde una mirada comprometida con los derechos humanos y el respeto al otro, un poco de luz al oscuro pasillo que tantas veces se abre al acudir por primera vez a un servicio de Salud mental en busca de consuelo, ayuda y comprensión. Para ello me acerqué a Radio Nikosia, de la que hace años ya escribí que fue la primera radio en España en importar la idea fundacional de Radio La Colifata en Argentina, que en palabras de su creador, Alfredo Olivera, se resumiría en *“crear lecho para que fluya el río”* o, lo que sería lo mismo, *“crear un marco donde la persona encuentre espacios para estar, para el decir, para pensar más allá de lo que dicta su diagnóstico, y pueda, al mismo tiempo, canalizar y transmitir todo aquello que tradicionalmente le ha sido negado”* (Correa-Urquiza). Allí, muchos habían sufrido la coerción en primera persona y no les faltaría el valor ni el altavoz para denunciarlo. Martín Correa, doctor en antropología y cofundador del proyecto, me invitó a mi antigua

casa en los estudios de Radio Contrabanda en Barcelona, para debatir en directo y comentar desde la propia experiencia las distintas vivencias y opiniones sobre la coerción. “¿Cómo se presupone al otro cuando te tomas la libertad de coaccionar o coaccionar al otro en este tipo de espacios? El otro se piensa en estos espacios clínicos como un “nada”, como no-personas” Reflexiona Martín. Nacho coge el testigo: “El sistema psiquiátrico coacciona nuestra libertad desde la toma de medicación, con los internamientos, amenazando nuestra libertad. Todo el sistema está mal diseñado, no se trata sólo de eliminar las ataduras, aunque seguramente será lo más evidente. Cuando se ata a alguien a la cama, porque no hace caso a lo que se le dice, es lamentable, sí, pero la verdad es que la cadena está montada para que el auxiliar o el equipo de enfermería no tenga otra opción. Hay prejuicios a la hora de atar a la persona: según su nivel cultural la vejación puede ser mayor. Suelen categorizar a la gente según su nivel social y cultural. Si no tienes unas maneras de hacer concretas, puedes ser tratado despectivamente, por ejemplo, ante una reacción interpretada como agresiva, pero que en cambio desde el contexto social del individuo no es más que una manera como cualquier otra de exponer sus pensamientos. Por ello habría que rediseñar todo el sistema. Desde la filosofía que los rige hasta la arquitectura de los espacios para que dejaran de ser tan fríos y asépticos”. Martín vuelve a tomar la palabra para hacer la distinción entre coacción y coerción: la primera es vista como una agresión para lograr un cambio conductual, la segunda en cambio es la amenaza de esa agresión. Después se lamenta por lo naturalizado que está este *modus operandi* de violencia dentro de la práctica diaria. “Básicamente - continúa Mariona- esto ocurre porque se sitúan en un plano de superioridad. Por ejemplo, yo he visto en el Hospital Clínic, a una persona llorando en un box de Urgencias y nadie le dio un abrazo, ni le dijo que no llorara, que ella valía mucho, que fuera había gente que la quería. En cambio, le abroncaron para que callara de malas maneras. Luego la ataron y le dijeron que hasta que no se calmara seguiría atada. Actualmente yo estoy escribiendo un libro sobre cómo superar una violación. Sí, es muy duro. Pero no existe coerción mayor que decir no y ser violada. Es muy triste, pero hay muchas mujeres, hay muchas chicas que se suicidan por vivir algo así. Es muy duro, pero en este mundo no se respetan los límites de los demás”. Judith comenta que “A veces, cuando estás en Urgencias, con que haya alguien que te diga dónde estás de manera amable, que te pregunte y se preocupe desde un cierto cariño, alivia mucho. Muchas veces estas en la camilla y cuando te has dado cuenta ya te han atado, sin avisar. Con un poco de diálogo se podrían ahorrar estas situaciones. ¿O te calmas o te ato? ¿En serio? Es lamentable que los protocolos te empujen a

esto.” Oscar se añade al debate recordando que: “Los fármacos son la tercera causa de muerte en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Pero a las mafias que hay detrás, que les multen con 4000 o 5000 millones les da igual, para ellos es calderilla”. Y añade: “Luego si no te tomas la medicación te ato, si no te tomas la medicación te pincho. Funcionan a través de amenazas y yo creo que las amenazas son un delito tipificado, pero que los psiquiátricos parecen inmunes a la ley en este respecto”. Nacho continúa por este hilo: “Juegan con el desconocimiento de nuestros derechos, porque si desconoces que no es legal que te amenacen, pues lo acabas viendo como algo normal”. Xavier comenta que “No se debería tratar de que la gente deje de hacer algo por recibir una orden, sino acompañarlo, hablarle, ayudarlo para que tenga un conocimiento de su problemática y pueda gestionar ese malestar”. Y Enric continúa: “Además hay una presión bestial, las instituciones están muy jerarquizadas y a los nuevos se les dice que esto funciona así, que no se metan en problemas. De esta forma se va eternizando”. Xavier responde: “Se debe tender hacia una mayor comprensión de las problemáticas. No que lo normal es que te digan que cuanto menos hagas (trabajo, relaciones, etc) mejor, porque menos me molestas. Eso sí, la pastilla puntualmente. Eso que no falte”. Nacho añade: “Le pese a quien le pese seguimos siendo personas, aunque algunos nos sigan viendo como bichos raros, somos personas y tenemos derechos y debemos defenderlos”. Silvia relata cómo “Los doctores, las enfermeras me trataban fríamente, no me sentía querida ni bien cuidada. Tengo mi propia forma de ser y parece que esto no les gusta. Ellos quieren que sea “cero”. Esperemos que llegue un momento en que los médicos tengan empatía con la gente como nosotros. Si ellos estuvieran en nuestras manos les daríamos generosamente palabras de libertad y de amor”. Judith recuerda que “los psiquiátricos son las rejas en las ventanas. Realmente sabes que estas encerrado, que es una cárcel. Primero te despojan de tu ropa, te obligan a estar en pijama, te despersonalizan, te deshumanizan, te despojan de lo que te ha llevado hasta allí. Luego te obligan a darles la razón si quieres salir. Dicen que es para evitar suicidios, pero la mejor forma de evitarlos es dar más abrazos, más besos, hablar más. Habría que mirar un poco más fuera de nuestras fronteras, como a Finlandia, por ejemplo”. Nacho calcula que “si se bajara el presupuesto en medicación se podría reutilizar en otro tipo de tratamientos”. Y Marcel le responde, “el problema de la psiquiatría es que no es una ciencia exacta, se parece más a una doctrina, y los propios médicos no se sienten seguros con lo que hacen. ¿Cómo se va a sentir seguro el paciente? Para camuflar esta inseguridad se ponen en marcha todo este tipo de prácticas coercitivas para mantener un

orden establecido por sus propias normas. Las relaciones son más parecidas a las que hay entre un alumno y un profesor, son paternalistas. Además se ha utilizado muchas veces como un mecanismo de represión social. Yo personalmente sufrí una contención después de sufrir un trasplante de riñón. Como llevaba 20 años tomando Alprazolam y me retiraron la medicación para operarme, dijeron que estaba agresivo y me contuvieron. Es un pez que se muerde la cola". El debate continúa centrado en los psicofármacos, "¿Qué ciencia avala qué cosas? Cuando se descubre que un antihistamínico tiene efectos sedantes se bautiza como neuroléptico y después se le rebautiza como antipsicótico, para equipararlos con los antibióticos, como los antidepresivos también intentan ser anti algo; intentan ser quirúrgicos, precisos, concretos, definidos. El poder lo ves a escalas micro: verjas, cámaras, luego sal a la calle y convive con la paranoia de que te siguen grabando. ¿Qué hay de amoroso a escalas micro en el trato con el profesional? Batas blancas y poco más. Como el formato de Abilify que se aprobó hace poco. Tiene un sensor que avisa digitalmente si te has tomado el fármaco. De ahí al tratamiento involuntario hay medio paso. Control y coerción se cogen de la mano". "Cuando la gente está cobrando 300 o 400 euros de pensión y no tienen para vivir, ¿por qué se invierte tanto en unos fármacos que encima la persona no se quiere tomar por sus efectos secundarios?". Después vuelve al trato personal, a las relaciones entre médico y paciente, a cómo debería articularse el vínculo terapéutico: "La bata blanca nos aleja del profesional, no nos da confianza. Esperamos encontrar personas que entiendan nuestra alma, no que nos traten como enfermos. No somos un expediente, ni un número, ni un historial. Hay que hablar más de trato y menos de tratamiento. No sé si sabéis que en los niños existe el síndrome de la bata blanca y es que cuando ven una se acojonan". Una profesional que está conociendo el proyecto Nikosia confirma que "la bata blanca, simbólicamente, nos hace cambiar, es el uniforme de... Es una forma de separar, una herramienta estratégica de separar y de perpetuar la relación de poder".

De todos los testimonios que he recogido de los compañeros y compañeras de Radio Nikosia se extrae un malestar ya referido: la injusticia de un sistema donde la violencia es transversal y la impotencia para cambiar este *status quo*. Volviendo a Foucault, "las relaciones de poder múltiples atraviesan, caracterizan, constituyen el cuerpo social". Desde la psiquiatría habría que volver a plantearse otra forma de hacer, de mirar, de pensar el malestar fuera de las estructuras verticales. Es llamativo fijarse, como a pesar de que la inmensa mayoría de participantes de Radio Nikosia no han renunciado a la red de Salud Mental (ya no digo que hayan sido dados de alta, porque es casi imposible conseguir una), afirman que poder

participar de un espacio como el de la radio, les permite fortalecer su identidad como ciudadano, fuera de la categoría diagnóstica o de esa identidad impuesta como Enfermo Total. Este hecho, que no pretende ser terapéutico, que se consigue de forma lateral, simplemente porque es posible en ese espacio, genera un bienestar en sus participantes, que lo usan como altavoz para decir todo aquello que de otra forma quedaría relegado al campo de lo inefable. Fuera de micrófonos, reconocían que no sólo no podían hablar de estas cosas con su psiquiatra o su psicólogo, sino que tampoco con sus familiares o amigos.

Pablo me explica que, en una ocasión, después de desahogarse en la radio, su madre llamó al programa a recriminarle que dijera todo aquello. Cuando llegó a su casa le vinieron a buscar una ambulancia con dos coches de policía. El ingreso duró 3 semanas.

Mario me relata cómo fue su último ingreso. Recuerda que sintió un gran alivio, “como si se desintegrara un nudo que tenía en la boca del estómago”, cuando al fin le dijeron que podía quedarse. No soportaba la presión del trabajo, en un verano tan caluroso. Lo subieron a planta durante aquel ingreso voluntario muy entrada la noche. Él pensó en salir de su habitación para familiarizarse con el espacio, puesto que sabía que pasaría allí varias semanas. Quería hacerlo bien, no sentir rechazo, aunque fuera un espacio cerrado y tan poco hospitalario. No se movió de la puerta de su habitación, sólo miró a un lado y al otro, cogió aire, se estaba concienciando. Rápidamente, llegó la única enfermera de guardia y le dijo que no podía estar ahí. Él le explicó lo que estaba haciendo y le pidió dos minutos, “*por humanidad*”. A su demanda ella respondió que si no se metía en la cama en ese mismo momento lo ataría. “*No pude hacer otra cosa, así que me metí en la cama. Lo peor de todo aquello fue que tal y como se había ido, aquel nudo en la boca del estómago volvió a aparecer y no se fue hasta al cabo de 5 días. Debería haberme ido a un balneario y no a Urgencias; pero durante mucho tiempo yo y todo mi entorno pensábamos que todo mi sufrimiento se debía a mi trastorno mental*”.

Marcos participaba en un grupo de reflexión interdisciplinario en Salud Mental, donde profesionales de distintas áreas, familiares y personas afectadas compartían conocimientos y experiencias sobre temas concretos fuera el ingreso, la medicación, etcétera, con el fin de promover mejoras en los dispositivos relacionados con la Fundación promotora. En ese diálogo aprendió en boca de algunos psiquiatras que la medicación que tomaba no era tan efectiva como le habían dicho, que reducía la materia blanca y materia gris a largo plazo, que producía discinesia tardía y diabetes. Cuando quiso renegociar el tratamiento

que llevaba tomando desde hacía años con su psiquiatra de referencia, éste se sintió cuestionado y le practicó un ingreso involuntario para reprogramarle. Al salir le prohibieron que volviera a esos espacios que él sigue definiendo como enriquecedores.

Eva me cuenta como pasó 72 horas atada a la cama por no querer tomar Zyprexa. Había pedido un alta voluntaria y el juez se la denegó. Cuando aún se estaba haciendo a la idea del encierro vinieron 8 personas entre celadores, enfermeras y médicos. Algo desproporcionado para una joven que apenas pesa 50 kilos. El psiquiatra, *“un hombre calvo e inquietante, como un villano de película, sin ningún tipo de calor en su mirada”* le dijo que se tomara la pastilla. Ella se negó, pero por el tipo de pastilla que era. Estaba muy asustada, pero recordaba como aquel fármaco la hacía babear y le impedía pensar, así que intentó pactar con ellos. Recuerda que le dijo: *“Joder, eres médico, existen mogollón de pastillas, ¿por qué no me puedes dar otra?”*. En ese momento, a una mirada del médico se abalanzaron sobre ella, la ataron y le pincharon, *“no sé qué”*. Pasó 72 horas dormida. Lo sabe porque se lo dijo una enfermera mientras limpiaba las heces y la orina acumuladas. Cuando despertó vino el médico, *“calvo e inquietante”*, y le tendió la mano. Sobre ella había un comprimido de Zyprexa.

Estas viñetas demuestran un mismo tipo de violencia institucional, una similar forma de ejercer el poder. De alguna forma se podría decir que los dobles vínculos de los que hablaba Bateson, sus dilemas comunicativos debidos a la contradicción entre dos o más mensajes, son transmitidos de forma habitual en la clínica sanitaria. En el doble vínculo los mensajes suelen estar codificados en niveles de abstracción distintos:

- a) La víctima del doble vínculo recibe órdenes contradictorias o mensajes emocionales en diferentes niveles de comunicación (por ejemplo, el amor es expresado por medio de palabras y el odio o desprecio por medio de comportamientos no verbales; o un niño es alentado a hablar libremente, pero es criticado o silenciado siempre que lo hace).
- b) La no meta-comunicación es posible, por ejemplo, preguntar cuál de los dos mensajes es válido o describir la comunicación como algo sin sentido.
- c) La víctima no puede dejar el campo de comunicación.
- d) Al fallar en el cumplimiento de las órdenes contradictorias es castigado, por ejemplo, quitándole el amor.

Esto significa que se llevan a cabo dos peticiones u órdenes simultáneas, pero es imposible cumplir una de ellas sin desobedecer la otra. Según Bateson, muchas personas en posiciones de autoridad utilizan los dobles vínculos como

herramienta para controlar a otras. Si se dan de forma continua, estas paradojas llevan a la persona en posición de subordinación a sentir angustia con respecto a la relación e inseguridad sobre su propia perspectiva de la realidad.

Dicho de otra manera, las personas afectadas, aquellos que merecerían respeto y comprensión se ven contra la espada y la pared, puesto que respondan como respondan, siempre estará cometiendo un error; resumidamente, se le transmite que tiene que hacer algo pero también que no puede hacerlo, porque el resultado es el mismo. Como explica José Luís: *“Si le digo que estoy bien, me sube la medicación. Si le digo que estoy mal, me sube la medicación. ¡Yo ya no sé qué decirle!”*.

La posibilidad de romper ese esquema en la mayoría de los casos es mínima e independiente a la persona. Por ello esta viñeta tiene un final feliz. Cuando me amenazaron hace seis años con un ingreso involuntario por estar decidido a abandonar un Depot, quise hablarlo con mi psiquiatra, en el centro de salud. Mi intención era para iniciar una deshabitación paulatina y sin riesgo, es decir, junto a mis doctoras (la de la Seguridad Social y la de la privada). La segunda había definido mi plan como un acto de pleno respeto hacia mi cuerpo y mi mente; había leído estudios, calculado posibles efectos adversos, planeado planes de contingencia. Mi doctora de la seguridad social se vio sobrepasada. Nunca había tenido un paciente que quisiera hacer lo que yo estaba haciendo o al menos tal y como yo lo quería hacer. En un momento de pánico me amenazó con llamar a una ambulancia y hacerme un involuntario. Mi respuesta fue: *“Doctora, si usted cree que estoy psicótico, que represento un peligro para mí o terceras personas, no dude en llamar. Yo he venido aquí porque usted lleva tratándome hace años y no quiero abandonar esta relación terapéutica. Quiero que me acompañe en este camino, porque sé que es arriesgado. Pero es mi bienestar lo que está en juego, no el suyo, y creo que vale la pena. Le estoy pidiendo que arriesguemos juntos, que siempre estaremos a tiempo de echarnos atrás. ¿Pero si usted tuviera una mínima oportunidad de estar mejor, de tener una vida más plena, no se arriesgaría? Hágalo conmigo, hágalo por mí”*. Debí conmoverla, porque colgó el teléfono y me dijo que lo consultaría con el equipo, ganando tiempo. Al final de esta anécdota lo que hizo que me apoyara fue el hecho de que mi doctora en la privada era la supervisora de ese centro en cuestión. Pero bueno, me parece reseñable como se ponen en juego dos cosas: la coerción, la invalidación del saber experiencial y las estrategias que nos ingeniamos los pacientes para esquivarlas.

Para acabar me gustaría volver a algo que se comentó durante el programa de Radio Nikosia. Me refiero al nuevo formato de Abilify que consta de un sensor digital que avisa al médico y la familia si se ha consumido correctamente. Por

llegar están otros que incluso informan de la zona de la lengua en la que se ha depositado la pastilla antes de tragarla. Sus defensores no dudan en definirlo como algo revolucionario como en su momento fueron los teléfonos inteligentes, tabletas y otros soportes que se han generalizado en todo el mundo globalizando la información y haciendo de su análisis (BigData) el verdadero negocio del futuro. También afirman sin pudor que este tipo de medicación está diseñada para ahorrar al estado y al contribuyente los sobrecostes de un mal tratamiento y recuerdan que para tomarlo se necesita la voluntariedad del paciente, que podría revocar su consumo cuando quisiera.

No hay que ser muy sagaz para darse cuenta que el mismo argumentario que se ha esgrimido en las últimas décadas para suprimir o rebajar libertades y derechos vuelve a erigirse como tótem de la moral y la ética. El bien común como fin último y definitivo ha servido para justificar la construcción de una sociedad orwelliana y distópica, propia de la literatura de ciencia ficción. Para ello la psiquiatría sigue apuntalando las bases de su “mundo feliz”.

Michel Foucault decía que *“el poder disciplinario, se ejerce haciéndose invisible; en cambio impone a aquellos a quienes somete un principio de visibilidad obligatorio”*. La opción de aceptar voluntariamente este tipo de tratamiento sólo maquilla una realidad donde las decisiones de las personas con sufrimiento mental no son ni mucho menos libres. La violencia y las relaciones de poder están intrínsecamente ligadas al discurso psiquiátrico: invalidando voluntades y silenciando otras narrativas. La coerción es una práctica habitual tanto en las plantas de agudos, como en las consultas externas. Se obliga, desde la fuerza que impone el poder decidir sobre la libertad de un ser humano, a asumir una serie de preceptos para poder ser considerado un buen enfermo crónico, desde la conciencia de enfermedad hasta la necesidad de tomar de por vida una serie de drogas con poca efectividad clínica, pero lamentables efectos secundarios. Esta realidad global proyecta serias dudas sobre la capacidad real de decidir, libremente, como ciudadano de pleno derecho, a cualquier persona diagnosticada con un Trastorno Mental Grave.

Vuelvo de nuevo al informe de la ONU cuando avisa que *“Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de salud mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas”*. A su vez apuntan que *“En el ámbito clínico, los desequilibrios de poder favorecen el paternalismo e incluso las visiones patriarcales, que dominan la relación entre los profesionales de la psiquiatría y los usuarios de los servicios de salud mental. Esta asimetría desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, con lo*

que se crea un entorno en el que pueden producirse y se producen violaciones de los derechos humanos. Las leyes que permiten a los profesionales psiquiátricos llevar a cabo tratamientos e internamientos forzados legitiman ese poder y su uso indebido. Este uso indebido de las asimetrías de poder impera, en parte, porque con frecuencia las disposiciones jurídicas obligan a los profesionales y al Estado a adoptar medidas coercitivas”. Y concluyen en que: “La discriminación, de iure y de facto, sigue influyendo en los servicios de salud mental, y priva a los usuarios de diversos derechos, como el derecho a rechazar el tratamiento, a la capacidad jurídica y a la vida privada, y otros derechos civiles y políticos. El papel de la psiquiatría y otros gremios de la salud mental es particularmente importante, y se necesitan medidas para garantizar que sus prácticas profesionales no perpetúen el estigma y la discriminación”.

Mientras la norma social imperante y el paradigma dominante sigan partiendo de un modelo biomédico, el poder ejercido sobre los pacientes seguirá siendo en esencia castrador. Es necesario por tanto un cambio de paradigma real y éste sólo puede realizarse desde la disidencia a las estructuras que alimentan este discurso. La desobediencia civil no es un derecho, en ocasiones es un deber. Parafraseando a Henry David Thoreau “*el mejor gobierno es el que debe gobernar menos*”, podría afirmarse que cuanto menor sea la incidencia en la autonomía de un paciente, mejor pronóstico tendrá.

El nuevo formato de Abilify no tiene nada de revolucionario, es más bien un paso atrás, una regresión maquillada de avance tecnológico, en el cambio necesario a la hora de entender el sufrimiento mental. Al fin y al cabo, la principal causa de servidumbre voluntaria es la costumbre y casi todos los que participamos de este mundo de la Salud Mental llevamos muchos años siendo martilleados con las mismas consignas perniciosas y reduccionistas.

Quizás no nos importe que todos nuestros datos, nuestros gustos, nuestras experiencias compartidas en redes sociales sirvan para crear un perfil cada vez más exacto de lo que deseamos consumir. Puede que algunos estemos encantados de exhibirnos en autorretratos, videos, memes y tal vez deseemos llegar a ser trending topic o tuitetar. Hemos asumido alegremente formar parte de este gran hermano global, en el que la manipulación de la información, el control de masas y la vulneración de derechos humanos, nos hace a todos más débiles y vulnerables respecto a los opresores. Nos hemos convertido en mercancía, en rebaño, en esclavos de un sistema al cual lo único que le interesa es perpetuarse. Vivimos un sueño dentro de otro, una realidad virtual, en una sociedad donde las relaciones y hasta el lenguaje se han pervertido, convirtiéndose en objetos de deseo y consumo.

Somos un pueblo al que ya no interesa cultivar o ennoblecer, sino seducir hasta convertirnos en mejores clientes: más egocéntricos, más impacientes, más irracionales.

La verdadera y necesaria revolución en salud mental está surgiendo precisamente de lugares opuestos a lo que nos estamos convirtiendo como sociedad. Hablo de la razón, de los derechos humanos de las personas con discapacidad, de la palabra viva y experiencial, del trabajo en equipo y horizontal, del respeto hacia ese otro al que su lenguaje no le alcanza para explicar sus certezas, de las virtudes de lo colectivo, de la naturalización del sufrimiento, de la recuperación de los saberes profanos —que diría Correa—, de la colectivización de los cuidados, de la carinoterapia, de la promoción de la autogestión del malestar, del salir a la calle sin miedo a ser excluido o rechazado por loco, de mirar al mundo y comprender, en definitiva, aquellas palabras de Giuseppe Rensi que “*La locura es la razón de uno y la razón la locura de todos*” y de que sólo nosotros podemos decidir, al fin y al cabo, qué queremos hacer por nuestro bien.

Bibliografía

- BERRIOS, G.E. (2013). Sobre la medicina basada en la evidencia. Descargado de
- CORREA-URQUIZA, M. (2010). Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura, Tesis, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- DESVIAT, M. (2001). Ética y psiquiatría. Interpsiquis. Disponible en. [http://www.psiquiatria.com/imprimir. ats? 2670](http://www.psiquiatria.com/imprimir_at? 2670)>
- FOUCAULT, M. (2003). Hay que defender la sociedad. Madrid, Akal,
- FOUCAULT, M. (2012). Vigilar y castigar , México, Siglo XXI
- FOUCAULT, M. (2001) Madness and civilization. New York, Routledge.
- FOUCAULT, M. (1979). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica
- GOFFMAN, E. (1988) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (1989) El estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu <http://www.psicoevidencias.es/Novedades/Editorial/editorial-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia.html>
- LLOPIS, B (1970). Introducción dialéctica a la Psicopatología. Madrid, Ediciones Morata,.
- ONU - Consejo de Derechos Humanos (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. 35º período de sesiones, 6 a 23 de junio. Tema 3 de la agenda. Accesible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>
- Radio Nikosia (2017), <http://nikosia.contrabanda.org/2017/11/20/es-por-tu-bien-la-coercion-en-salud-mental/>
- THOREAU, H. D (2005). Walden, Sobre el deber de la desobediencia civil, Madrid, Catedra.

Uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica en el Estado español (2017)

Aguila Bono y Begoña Beviá

Introducción

En este capítulo se ofrecen los resultados de un estudio exploratorio sobre el uso de las contenciones mecánicas en el Estado Español. Es una iniciativa de la AEN-Profesionales de la salud mental, que pretende dar continuidad a expresado en el Manifiesto Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción (AEN-PSM, 2016).

Se trata de un estudio realizado mediante cuestionario para conocer el estado de situación del uso de la contención mecánica (CM) en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, de las iniciativas desarrolladas desde los servicios autonómicos o regionales de salud mental, y/o desde las propias unidades.

Así mismo, con este estudio se ha pretendido identificar prácticas y actuaciones en torno al uso de la CM, especialmente aquellas destinadas a minimizar el uso de la CM y, eventualmente, las orientadas a su erradicación, tanto desde la esfera de las políticas autonómicas como desde el contexto concreto de las unidades o servicios de hospitalización.

Metodología

Diseño de cuestionario

El Cuestionario se elaboró partiendo de recomendaciones, buenas prácticas, estándares e indicadores establecidos por organismos internacionales (Center for Human Rights & Humanitarian Law. Anti-Torture Initiative, 2013) y países de nuestro entorno (National Association of State Mental Health Program Directors- and restraint reduction Strategy, 2008; Mental Health Commission, 2014), que posteriormente fueron consensuados con un grupo más amplio de participantes designados por la AEN. El cuestionario se estructuró en torno a varios bloques de contenido:

- SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA CONTENCION MECÁNICA. En este bloque se recoge información sobre la existencia de medidas para la prevención del uso de contenciones físicas (plan específico, acciones formativas, guías para análisis de episodios, objetivos de disminución, etc.)
- SOBRE PROTOCOLOS PARA EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA. En este bloque se recoge información sobre las características de los protocolos existentes en las Unidades de Hospitalización.

- **SOBRE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.** En este bloque se recoge información sobre cómo se registran los episodios de Contención Mecánica: métodos, información registrada, análisis de la información registrada, etc.

Los tres bloques estaban formados por varias preguntas con similares categorías de respuesta, destinadas a conocer si la actividad o recurso por la que se preguntaba, estaba liderada por la Administración en la Comunidad Autónoma, por la Unidad o Servicio de Hospitalización, o si no existía ninguna actividad sobre el tema concreto de la pregunta. En todas las preguntas se podía añadir además de forma abierta, cualquier información relevante sobre el tema.

En el caso de las preguntas destinadas a conocer las características de los protocolos de CM, así como el registro de la utilización de las CM, se utilizaron categorías de respuesta múltiple, ofreciendo también la posibilidad de añadir cualquier información pertinente que completara la respuesta.

Se facilitó un correo electrónico para el envío de la documentación que se considerara útil para conocer mejor las actuaciones por las que se preguntaba en el cuestionario (planes, programas, documentos, guías, protocolos, registros, etc.)

El cuestionario se diseñó para que fuera respondido por algún responsable del Servicio o unidad de hospitalización: Jefe/a de Servicio, Coordinador/a de Unidad, Supervisor/a de Enfermería, o persona en quién delegara.

Unidades - Servicios de Estudio y Proceso de Recogida de información.

Las asociaciones autonómicas de la AEN identificaron las unidades o servicios de hospitalización de corta estancia, de adultos, existentes en cada comunidad autónoma, que serían objeto de estudio. No forman parte de este estudio ni las unidades de media y larga estancia, ni las destinadas a la atención infantojuvenil; aunque se recibieron varias respuestas de dispositivos de media y larga estancia y de atención a niños/as y adolescentes, fueron excluidos de la muestra.

Se identificaron un total de 142 unidades en todo el territorio español.

Se envió el cuestionario a los Responsables de Salud Mental de cada Comunidad Autónoma, acompañado de una carta explicativa del Estudio (ver anexos) solicitándoles que lo hicieran llegar a las unidades o servicios de hospitalización. En caso de no obtener respuesta, se procedió, a criterio de las asociaciones autonómicas, al envío del cuestionario directamente a los responsables de las unidades o servicios de hospitalización, o a aceptar el hecho de que no hubiera respuesta.

La recogida de información se realizó de enero a junio de 2017. Para facilitar la recogida de información se utilizó una aplicación online, si bien también se permitió el envío de la respuesta escaneada por correo electrónico.

Tabla 1.
Unidades o Servicios de Hospitalización Breve por Comunidad Autónoma (*)

CCAA	UNIDADES o SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN
CANARIAS	7
CATALUÑA	22
CASTILLA LA MANCHA	7
GALICIA	7
CANTABRIA	1
ASTURIAS	5
PAIS VALENCIÀ	18
MADRID	25
ARAGÓN	5
CASTILLA LEON	11
MURCIA	6
NAVARRA	3
BALEARES	7
PAIS VASCO	6
ANDALUCIA	19
TOTAL	142

(*) En este estudio no han participado las unidades de hospitalización de Extremadura ni de La Rioja. Ambas CCAA no disponen de Asociación Autonómica en activo en el momento de realizar el estudio, lo que dificultó el contacto con los responsables de las unidades. Se contactó de forma directa con los responsables autonómicos de salud mental, invitándoles a participar sin que obtuviéramos respuesta

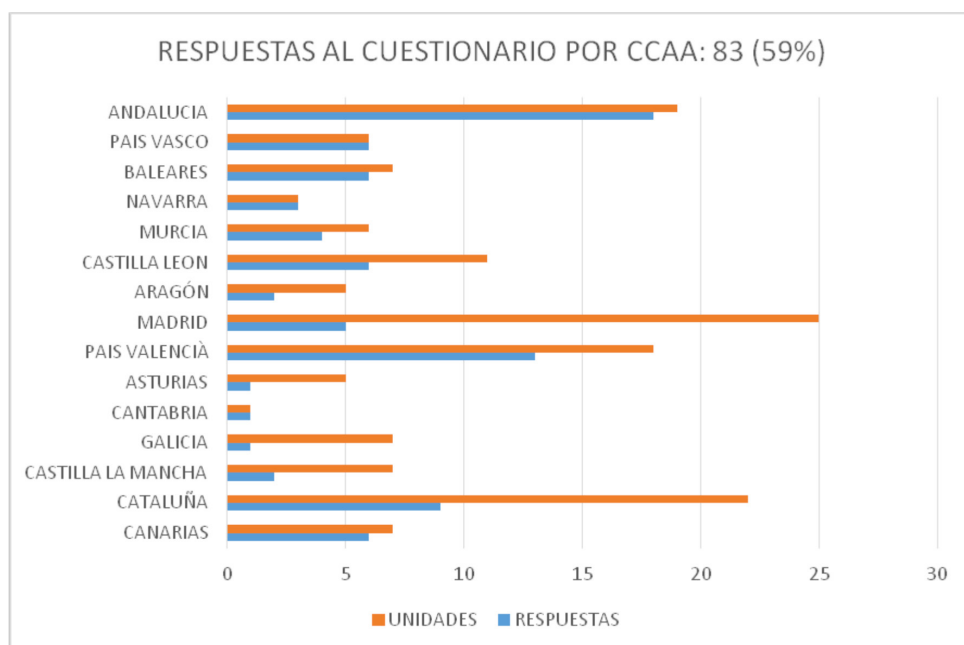
Resultados

Tasa de repuesta y perfil profesional de quién responde

Se obtuvieron 83 respuestas, lo que supone el 59% del total de unidades o servicios del Estado Español, con una gran variabilidad de respuesta obtenida según la Comunidad Autónoma.

En 5 CCAA, de las 15 que participaron en el estudio, se obtuvo una alta tasa de respuesta, cercana al 100%. Fue el caso de Andalucía, País Vasco, Navarra, Baleares y Canarias (sin contar el caso de Cantabria, que dispone de una sola Unidad o Servicio de hospitalización)

Gráfico 1. Tasa de Respuesta por Comunidad Autónoma.



Respecto al puesto o categoría profesional de la persona que respondió al cuestionario, de forma mayoritaria, ofrecieron sus respuestas los y las Responsables de la Unidad o Servicio (ver tabla 2).

Tabla 2. Perfil de la persona que dio respuesta al cuestionario

Perfil de quién responde	Nº de Respuestas	%
Responsable de la Unidad o Servicio	52	63
Responsable de Enfermería	13	16
Psiquiatra	11	13
Enfermera	1	1
No identifican su puesto	6	7
TOTAL	83	100

BLOQUE 1. PREVENCIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA (CM): ACTIVIDADES

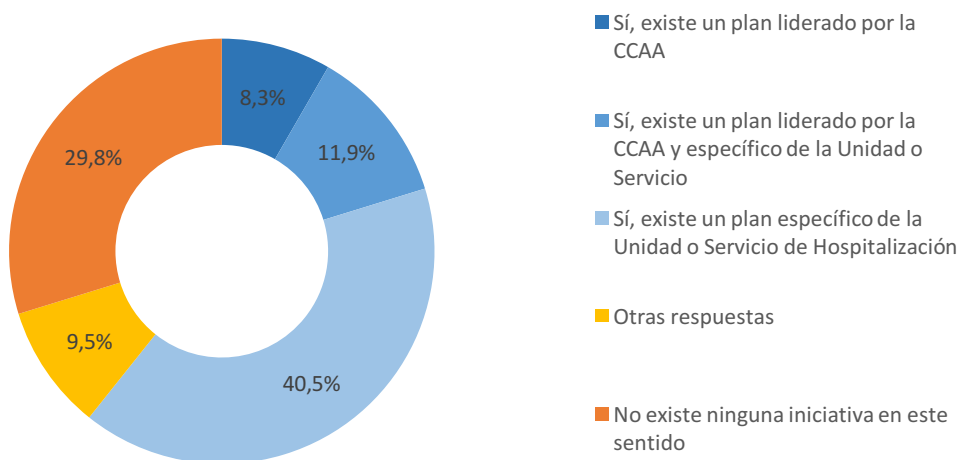
En el primer bloque de preguntas se pedía información sobre actividades para prevenir el uso de la contención mecánica (CM): existencia de un plan de actuación de carácter autonómico o de la propia unidad, actividades formativas, científicas y sesiones clínicas, recursos para la mejora del ambiente terapéutico, uso de guías para el análisis de episodios entre profesionales y con los pacientes y establecimiento de objetivos de actividad.

1.1 Respecto a la existencia de planes de actuación para la prevención

Un 30% de las unidades informan de que no existe ninguna iniciativa destinada a la prevención del uso de las CM.

El 50% de las unidades informan de que disponen de sus propios planes específicos de actuación en su unidad o servicio, y de ellos, el 12% hace referencia a que existe un plan liderado por la Administración Autonómica (ver gráfico 2). Sólo las unidades de Andalucía, respondieron mayoritariamente que existe un plan de actuación, liderado por la Administración Autonómica.

Gráfico 2
Existencia de Plan de Actuación para prevenir el uso de las contenciones mecánicas



En la información aportada en las preguntas sobre planes, iniciativas, etc. destinadas a la prevención del uso de la CM, se pone de manifiesto que, aun no existiendo planes específicos, algunas unidades han comenzado a trabajar sobre este tema, mediante la puesta en marcha de grupos de trabajo ad hoc, registros de contenciones, etc. Con frecuencia en la información aportada de forma abierta a la existencia de planes, iniciativas etc. hacen referencia a la existencia de protocolos que incluyen medidas de cara a evitar el uso de la CM, pero no a planes o programas específicos en sí mismos.

A nivel autonómico la mayor parte de las unidades andaluzas hacen referencia a la existencia de una línea estratégica vinculada al Plan Integral de salud Mental de Andalucía, que pretende disminuir las CM al 50%. También se cita la iniciativa del Parlamento de Cataluña que ha realizado la petición expresa al Departament de Salut para que realice recomendaciones acerca de la prevención y uso de las CM.

En el correo electrónico facilitado para enviar información complementaria, se recibió muy poca información sobre planes o programas de actuación, de aquellas unidades que habían respondido afirmativamente sobre su existencia en el cuestionario. Fue el caso del proyecto de gestión de cuidados PRESENCIA (Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-

Vallejo M, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. (2016), o la incorporación de iniciativas concretas vinculadas a lo expresado en el proyecto BETA (Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al, 2012) en relación al uso de la técnica de la desescalada para evitar el uso de la CM.

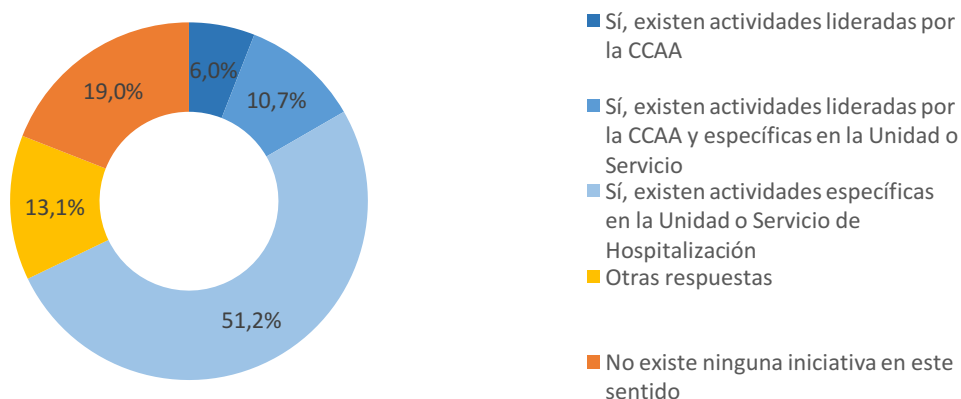
Si fueron recibidos algunos protocolos de actuación en el caso de CM.

1.2 Sobre la realización de actividades formativas (sesiones clínicas o científicas destinadas a la prevención del uso de la CM, sesiones orientadas a adquisición o mejora de habilidades para el uso de la desescalada, sobre la acogida del paciente, sobre el análisis de episodios de contención) el 66% respondieron que llevan a cabo este tipo de actividades en sus unidades (ver Gráfico 3)

Las unidades que respondieron afirmativamente, hacen referencia en la información complementaria, fundamentalmente, a talleres y cursos sobre técnicas de desescalada para situaciones de conflicto y, con menor frecuencia, a actividades formativas sobre análisis de situaciones post-contención y acogida del paciente en la hospitalización. Algunas unidades refieren que en las sesiones formativas incorporan a los profesionales de los servicios de urgencias.

Ninguna unidad envió a través del correo electrónico facilitado, los programas o memorias de estas actividades formativas (programas de cursos, talleres, jornadas, etc.)

Gráfico 3
Existencia de Actividades formativas, científicas o sesiones clínicas para la prevención del uso de las contenciones mecánicas



1.3. En el 60% de las unidades o servicios no existen recursos físicos para la mejora del ambiente terapéutico, tales como espacios para la calma, habitaciones acolchadas, habitaciones sensoriales u otros espacios de este tipo.

Las unidades que informaron de que disponían de recursos físicos o espacios para la calma (un 40%), hacen referencia a habitaciones individuales, espacios colectivos de lectura, sala de fumadores, salida al aire libre, etc. Incluso algunas unidades informan de la existencia de habitaciones de aislamiento video supervisadas como respuesta a esta pregunta, así como disponibilidad de personal de seguridad. Solo 2 unidades informan de disponer expresamente de habitaciones acolchadas.

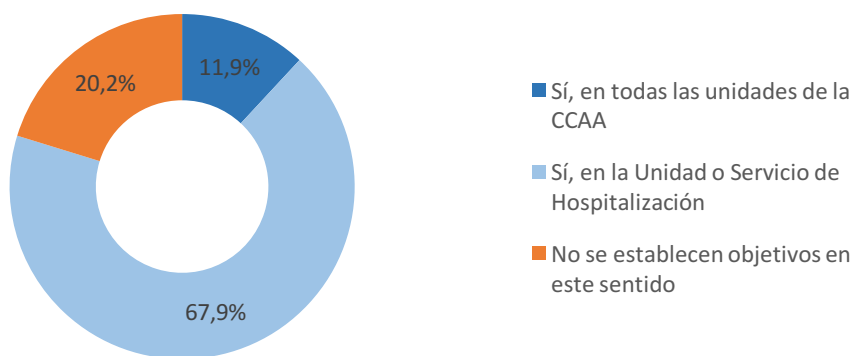
1.4. El 58% de las unidades o servicios informa que se utilizan guías, documentos u orientaciones que permiten el análisis de los episodios de CM tanto entre los profesionales, como con pacientes de cara a evitar episodios en el futuro. Algunas unidades de las que contestaron afirmativamente refieren que los protocolos de CM incluyen la necesidad de realizar este tipo de análisis, y que a veces se “comenta” en reuniones de equipo ordinarias. No se facilitó información adicional sobre si éstas prácticas están establecidas en la unidad o servicio de forma regular.

Solo una unidad expresa que cuenta con el paciente en el análisis posterior del episodio de CM, y que la información de éste análisis se refleja en un registro del debriefing realizado.

1.5. Otro aspecto sobre el que se pidió información era si las unidades establecen objetivos de actividad en los servicios relacionados con el uso de la CM, como la obligatoriedad de registro formalizado de la contención mecánica, la evaluación de su utilización, u objetivos enfocados directamente a disminuir el número de CM, y/o su duración.

Un alto porcentaje de unidades (casi el 80%) dicen establecer objetivos en este sentido (ver Gráfico 4).

Gráfico 4
Establecimiento de objetivos de actividad relacionados con el uso de las Contenciones mecánicas



Mayoritariamente las unidades informan de que se establecen objetivos vinculados al uso de registros y disminución de la duración de la CM. alguna unidad informa de objetivos relacionados con actividades de formación continuada en relación a contención verbal y mecánica. Otra unidad refiere que como objetivo específico de la unidad está fomentar el uso de alternativas a la contención mecánica. Así mismo, otra unidad, informa de la incorporación del consentimiento del uso de la CM a través del registro de voluntades anticipadas.

Ninguna unidad o servicio ofreció información complementaria que permitiera conocer el grado de formalización y repercusiones del establecimiento de estos objetivos (como por ejemplo si estaban o no incluidos en contratos de gestión u programa, o si estos objetivos tenían vinculaciones económicas u de otro tipo para la unidad o los y las profesionales).

BLOQUE 2. PROTOCOLOS: EXISTENCIA, UTILIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Prácticamente la totalidad de las unidades (97%) disponen de protocolos para el uso de la CM, ya sean específicos de su unidad o con carácter autonómico

De éstos, el 96% contempla la supervisión física periódica, el 93% regula los cuidados básicos durante la contención, el 84% han sido actualizados en los últimos 5 años, el 44% regula el tiempo máximo de duración de la contención mecánica y el 25% incluye la posibilidad de acompañamiento físico. Un 49% de unidades responden que utilizan videocámaras para la supervisión de la CM (ver Gráfico 5).

En la información aportada mediante preguntas abiertas se pone de manifiesto la gran variabilidad que existe en los tiempos máximos de contención y supervisión.

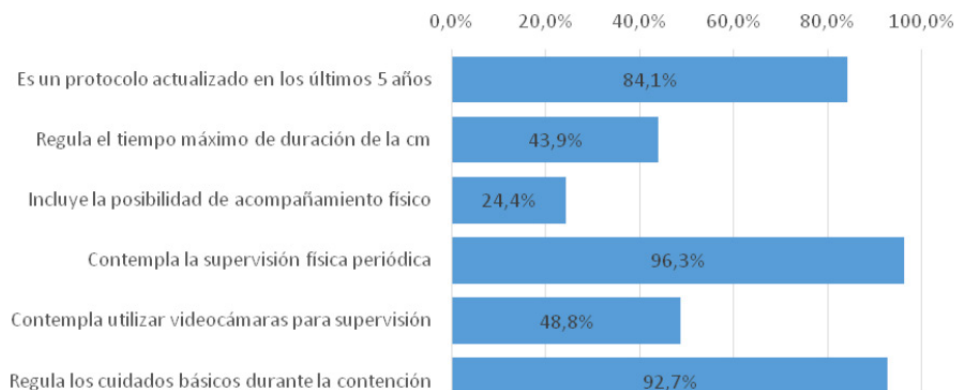
El tiempo máximo en el que una persona puede estar sometida a contención, fluctúa entre 8 horas y las 48 horas. Alguna unidad informa de que se puede prorrogar el tiempo de sujeción hasta 72 horas.

Respecto a la supervisión periódica por parte de cualquier profesional (si bien, fundamentalmente, hacen referencia al personal de enfermería), también existe una gran variabilidad; desde unidades que las realizan cada 10 minutos en las 3 primeras horas, hasta las que la realizan cada dos horas.

Los cuidados básicos de enfermería, es uno de los temas más frecuentemente informados mediante repuestas abiertas, e incluyen la toma de constantes y revisión de la CM. En pocas unidades se hace referencia a revisión del estado de conciencia, respiración y estado psicomotor y reevaluación del estado psicopatológico.

Solo una unidad informa de que existe un acompañamiento permanente de familiar o cuidador/a demanda de la persona, mientras dura la CM.

Gráfico 5. Características de los Protocolos de Contención Mecánica



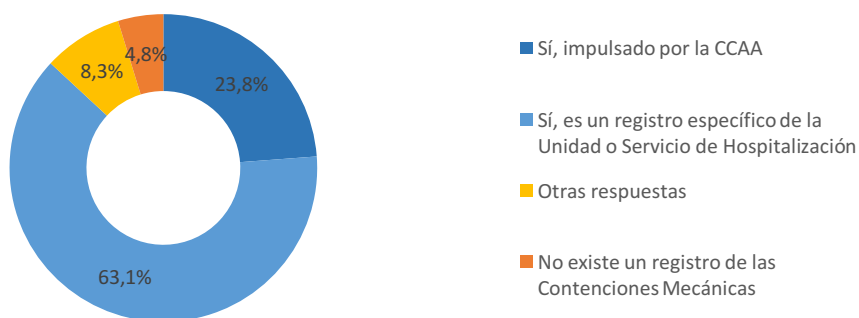
BLOQUE 3. REGISTRO Y CARACTERÍSTICAS

De la información facilitada por las Unidades o Servicios, se extrae que sólo una Comunidad Autónoma (Andalucía) ha puesto en marcha un registro común para todas las unidades de la CCAA, que permita el análisis comparado de la

utilización de la CM y el progreso en la disminución de su uso (mayoritariamente todas las unidades o servicios de Andalucía respondieron afirmativamente a esta pregunta).

En otras Comunidades, algunas unidades responden afirmativamente a que existe este registro autonómico, y otras que no. Es el caso de País Vasco, Castilla la Mancha, Murcia.

Gráfico 6
Existencia de Sistema de Registro de las Contenciones Mecánicas



Respecto al registro utilizado en las unidades (independientemente de que sea común, o no, al resto de la CCAA), el 64% utilizan registro informatizado, y el 59% registran la CM en la Historia Clínica.

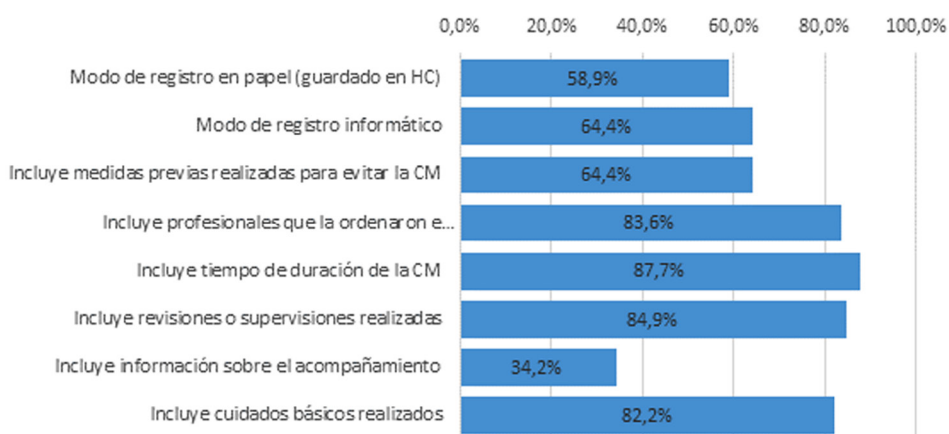
En general, se registra el tiempo de duración de la CM (88%), los profesionales que la ordenaron e intervinieron (84%), las revisiones o supervisiones realizadas (85%) y los cuidados básicos realizados (82%).

La información sobre el acompañamiento es registrada sólo por el 34% de las unidades, y 64% registra las medidas previas que se llevaron a cabo para evitar el uso de la CM.

En relación al análisis de la información recogida en los sistemas de registros, 17 unidades afirman no realizar ningún tipo de análisis.

De entre los que afirman realizar análisis del registro hay una gran variabilidad, desde análisis mensuales, hasta análisis anuales, y también alguna unidad afirma que se hacen auditorías externas con periodicidad anual.

Gráfico 7
Características del Sistema de Registro de las Contenciones Mecánicas



Por último, se apuntan algunas mejoras sobre medidas para la prevención de las contenciones mecánicas, cómo considerar el registro de la coerción percibida por el paciente y por los profesionales implicados en la CM. Así mismo algunas unidades pusieron de manifiesto la necesidad de que existan medidas orientadas a garantizar mejor los derechos de las personas hospitalizadas, cumpliendo con la normativa de su CCAA (cumplimiento de protocolos, notificación al juzgado, etc.).

También se apunta al problema que existe en los servicios de urgencias, en relación al uso abusivo de CM, las inadecuadas competencias de los profesionales para el uso de alternativas a la CM, la escasez de personal para el acompañamiento, y la importancia de la valoración de las necesidades y posibilidades de agitación de la persona en el momento del ingreso en la unidad o servicio.

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

Para valorar la tasa global de respuesta obtenida en este estudio (59%), podemos compararla con la obtenida en el estudio EUNOMIA (Mayoral, F., Torres-González, F., Hernández, C. y Barrios, L.F, 2007), sobre existencia y grado de cumplimiento de protocolos específicos acerca de la contención mecánica, sólo se obtuvo 28% de respuesta entre las unidades del territorio español, muy inferior a la obtenida por este estudio.

En el análisis del número de respuesta obtenida por CCAA, nos encontramos con una alta variabilidad. En algunas CCAA se han obtenido porcentajes del 100%, mientras que en otras la cumplimentación del cuestionario ha sido prácticamente nula. La presencia de altas tasas de respuesta en aquellas Comunidades que se han propuesto como objetivo la disminución de las contenciones, puede indicar un nivel de colaboración y difusión mayor del estudio por parte de las direcciones de salud mental de dichas CCAA, como parece ser el caso de Andalucía. En otras CCAA, aún a pesar de no existir políticas autonómicas para reducir la contención, sus responsables, han contribuido a que se obtuviera una alta tasa de respuesta, lo que podría indicar una mayor sensibilidad con el tema de estudio (podría ser el caso de Navarra, País Vasco y Canarias). Podemos interpretar que, al ser un estudio liderado por la AEN, la tasa de respuesta ha podido verse afectada donde la asociación es puesta en cuestión, como podría ser el caso de Galicia. Por último, y respecto a la participación por CCAA, es pertinente aclarar que no se obtuvo respuesta de Extremadura y La Rioja, Comunidades Autónomas que, en el momento de realizar el trabajo de campo, no contaban con presencia activa de la AEN, lo que podría explicar su no participación a pesar de que se contactó directamente con sus responsables autonómicos.

En relación con la información obtenida, el tipo de estudio, de carácter exploratorio, nos ha proporcionado una visión general de las diferentes iniciativas, existentes o en desarrollo. Un análisis en profundidad del uso real de estas medidas, exigiría otro tipo de diseño, y quizás también un estudio que incorporara un mayor componente de opinión sobre el uso de estas prácticas y la utilidad percibida de las mismas.

En ocasiones las respuestas a las preguntas relacionadas con actividades para evitar o disminuir el uso de la CM, expresaban la intención de poner en marcha medidas o actuaciones próximamente, o que acababan de iniciarlas este mismo año. Parece que el hecho mismo de haber realizado el estudio puede haber tenido cierta repercusión práctica, mediante el uso de un cuestionario que en gran medida es una relación de prácticas deseables, según la literatura internacional, para evitar el uso de la CM. El contenido del cuestionario incide en lo esencial de estas prácticas. En este sentido el marco metodológico de este estudio podría situarse en el ámbito de la investigación acción participativa, más que en el de la investigación convencional.

La CM está en el centro del debate en el ámbito de la salud mental, la denuncia de los movimientos de usuarios y familiares sobre el uso abusivo de la CM, especialmente a través de las redes sociales, y la recurrencia del tema en las

actividades científicas, puede explicar el sesgo de deseabilidad en la respuesta, especialmente en el bloque de preguntas sobre actividades para evitar o disminuir el uso de la CM.

En relación con la prevención de la CM, la escasa presencia de planes o programas de reducción de las mismas a nivel de Comunidades Autónomas, pone de manifiesto que la esfera política aún no ha reaccionado a las llamadas de atención de Naciones Unidas o la Unión Europea sobre este asunto. En 2017, El Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, emitió un informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. 2017), en el que se insta a los Estados a que adopten medidas inmediatas para reducir el uso de la coacción, así como que los poderes públicos faciliten la erradicación de todos los tratamientos e intervenciones psiquiátricas forzosas. En este informe, el Relator Especial, reconoce que la reducción y eventual eliminación de las intervenciones coercitivas, es un proceso difícil que llevará tiempo. Sin embargo, plantea que existe consenso en la prevalencia inaceptablemente alta de violaciones de derechos que suponen, y que se precisan esfuerzos concertados para abandonar estas prácticas, poniendo en marcha, entre otros aspectos, políticas de reducción, reformas jurídicas, estableciendo hojas de ruta hacia su eliminación y facilitando el uso por parte de los profesionales de alternativas no coercitivas.

Por su parte, el Comité Europeo para la prevención de la tortura y otros tratos inhumanos o degradantes (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2017), alude también al nivel más micro de acción, el específico de cada unidad o servicio de psiquiatría, afirmando que deberá establecer su propio plan de prevención de la CM, con la implicación de gestores y staff, en el que se clarifique con detalle las circunstancias excepcionales para utilizar la CM, la obligación de acompañamiento etc. así como la puesta en marcha de actividades formativas del staff, el uso de registros internos y externos, y la necesidad de transparencia sobre su uso dirigida a los pacientes, entre otros aspectos.

En relación con las actividades formativas para la prevención de las CM, algunas unidades enfatizan la necesidad de incluir a los profesionales de los servicios de urgencias en las mismas, acordes con lo expresado en el informe del Comité Europeo. Los servicios de urgencias, son identificados por los profesionales como un lugar de uso frecuente e incluso abusivo de esta práctica coercitiva. Habría que replantear cómo hacer la valoración de una persona con problemas de salud mental que acude al hospital General, cómo debe ser la estructura del servicio de

urgencias, cuál debe ser el lugar, qué profesionales y con qué formación deberían atender estas demandas urgentes.

En nuestro medio no hay cultura de recursos para la calma. Algunas unidades citan las salas de fumadores o el patio como espacios para la calma. Otras unidades se refieren a las habitaciones de aislamiento como espacios para la calma. Un 48% de las unidades utilizan la videocámara como supervisión, valorando la video-vigilancia como algo positivo en el marco de la práctica coercitiva, a pesar de la pérdida de privacidad, la exposición, la pérdida de contacto humano y el sentimiento de vergüenza que experimenta una persona en esa situación, así como la violación que supone del derecho a la intimidad, destacada por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura⁸ que establece que una persona siempre deberá estar acompañada y que la video-vigilancia no puede ser considerado un sustituto del personal.

El nivel de participación de la persona con el objetivo de analizar la CM y tratar de evitarla en el futuro, parece inexistente a tenor de los datos e información obtenida. Solo una unidad afirma contar con el paciente para el análisis de la CM. No se contempla el análisis del trauma y del sufrimiento psíquico que supone, a pesar de las advertencias de varias instituciones; la más reciente, la del Comité Europeo¹³, que establece un estándar sobre la necesidad de reparación tras haber pasado por un episodio de CM, afirmando que si no hay otra opción y la CM se lleva a cabo, siempre habrá de hacerse debriefing con la persona, ofreciendo la oportunidad de reparación del sufrimiento que la intervención le puede haber causado.

Más de la mitad de las unidades, afirman utilizar guías para el análisis de los episodios de CM. No se aportan documentos que nos permitan objetivar su utilización. Al no aportarse información complementaria, planea la duda de si se trata en realidad de auténticas guías, en el sentido que planteaba la pregunta en el cuestionario.

Respecto a los protocolos sobre CM, nos encontramos con una gran variabilidad en la información aportada por las unidades. El tiempo máximo de duración, que oscila entre 48 horas a 72 horas, entra en conflicto con lo establecido por el Comité Europeo⁸, que establece que la CM será de mínima duración mientras persiste la emergencia extrema, estableciendo un estándar de duración máxima de minutos, excepcionalmente horas, y afirmando que si una CM dura más de 24 h puede ser considerado trato degradante y maltrato.

Es alta la tasa de respuesta afirmativa en relación con el establecimiento de objetivos de actividad en los servicios relacionados con el uso de las contenciones,

si la comparamos con la existencia de planes específicos, si bien ninguna unidad o servicio ofreció una información más explícita sobre este punto. Puede entenderse que, de modo informal, existe siempre el objetivo de disminuir el número de contenciones, como algo deseable, pero no que ello se haya formalizado o registrado en acuerdos o contratos de gestión, actividad, objetivos individuales con el equipo o los profesionales. Y menos aún a nivel de Direcciones autonómicas o regionales de salud mental, salvo en el caso de Andalucía, que sí ofrece información específica sobre este punto, estando reflejado como objetivo en su Plan Integral de Salud Mental a varios años, aunque no en acuerdos de gestión o similares establecidos con las unidades o servicios.

En los últimos 5 años, se han actualizado un número significativo de protocolos de contención mecánica, lo que podría indicar que estamos ante un tema en revisión.

Por último, reseñar que se hace necesaria la existencia de un registro común de la contención mecánica impulsados por las CCAA (sólo Andalucía parece disponer de uno común) que permita analizar el progreso en la disminución del número de contenciones, el tiempo de duración, las circunstancias que rodean a las mismas, así como un análisis de aspectos de mejora, tal como establece Naciones Unidas y el Comité Europeo en sus informes de 2017.

Bibliografía

- AEN, Salud Mental España, Federación Andaluza en Primera Persona, Federació Catalana en Primera Persona VEUS (2016). Manifiesto de Cartagena [Consultado 18-03-2017] Disponible en <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
- Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos (2017) Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo
- Center for Human Rights & Humanitarian Law. Anti-Torture Initiative (2013). Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report. Disponible en: http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2017) Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) Strasbourg
- GUZMAN-PARRA J, AGUILERA SERRANO C, GARCÍA-SÁNCHEZ JA, PINO-BENÍTEZ I, ALBA-VALLEJO M, MORENO-KÜSTNER B, MAYORAL-CLERIES F. (2016) Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Apr 27. Se puede consultar en castellano en: <https://www.picuida.es/practicas-innovadoras-en-los-cuidados-enfermeros-de-salud-mental-proyecto-presencia/>
- MAYORAL, F., TORRES-GONZÁLEZ, F., HERNÁNDEZ, C. y BARRIOS, L.F. (2007). Coercive measures in Spanish psychiatric units (EUNOMIA-study) Oral Presentation from WPA Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review Dresden, Germany. 6–8 June 2007 *BMC Psychiatry* 7(Suppl 1):S45.
- Mental Health Commission (2014). Seclusion and restraint reduction strategy. MHC Ireland. <http://www.mhcirl.ie/File/Seclusion-and-Restraint-Reduction-Strategy.pdf>
- National Association of State Mental Health Program Directors-and restraint reduction Strategy (2008). Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint. NASMHPD Publications. <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use> Disponible en castellano: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/05/AEN-Boletin-abril.pdf>
- RICHMOND JS, BERLIN JS, FISHKIND AB, et al (2012): Verbla de-escalation of the agitated patient: consensu statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Wokgroup. *West J Emerg Med* 13 (1): 17-25

Anexo 1. Cuestionario

Cuestionario sobre el uso de la Contención Mecánica

Este cuestionario ha sido diseñado por la AEN Profesionales de la Salud Mental para conocer la utilización de las contenciones mecánicas en las Unidades o Servicios de hospitalización psiquiátrica de las distintas Comunidades Autónomas. Está diseñado para que sea cumplimentado por el/la Responsable de la Unidad o Servicio de Hospitalización Psiquiátrica. Le agradecemos su colaboración

Por favor indique el nombre de su Unidad o Servicio de Hospitalización Psiquiátrica:

Por favor indique su Comunidad Autónoma:

SOBRE EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

1. ¿Existe un plan de actuación para prevenir el uso de contenciones mecánicas?

Nos referimos a un plan con objetivos, actividades, cronograma, etc.

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sí, está liderado por la Administración en la Comunidad Autónoma.
- ☐ Sí, existe un plan específico de la Unidad o Servicio de Hospitalización
- ☐ No existe ninguna iniciativa en este sentido
- ☐ Otro:

Por favor, Incluya a continuación cualquier información relevante sobre el plan de actuación

2. ¿Se realizan actividades formativas, actividades científicas y/o sesiones clínicas sobre prevención del uso de las CM para profesionales? Nos referimos a actividades relacionadas con acogida de pacientes en la hospitalización, técnicas de desescalada, análisis de episodios de contención física, etc.

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sí, existen actividades lideradas por la Administración en la Comunidad Autónoma

- Sí, se realizan actividades específicas en la Unidad o Servicio de Hospitalización
- No existe ninguna iniciativa en este sentido
- Otro:

Por favor, añada a continuación cualquier información que nos permita conocer mejor las actividades:

3. ¿Existen medidas relacionadas con la mejora del ambiente terapéutico? Nos referimos, por ejemplo, a la existencia de espacios para la calma, habitaciones acolchadas, habitaciones sensoriales u otros recursos. Selecciona todos los que correspondan.

- Sí, en todas las Unidades de Hospitalización de la Comunidad Autónoma
- Sí, existen estas medidas en la Unidad o Servicio de Hospitalización
- No existe este tipo de recursos
- Otro:

Por favor, añada a continuación cualquier información que nos permita conocer de qué tipo de recursos se trata:

4. ¿Se utilizan guías, documentos u orientaciones para el análisis de episodios de contención mecánica con los profesionales, o con pacientes que han tenido episodios de contención? Nos referimos al análisis de episodios tanto entre los profesionales que indican una contención mecánica o intervienen en ella, como entre profesional que la indica y paciente, de cara a evitar un nuevo episodio de contención en el futuro.

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí, En todas las Unidades de Hospitalización de la Comunidad Autónoma
- Sí, se utilizan en la Unidad o Servicio de Hospitalización
- No se utilizan Guías, documentos u orientaciones

○ Otro:

Por favor, añada a continuación cualquier información que nos permita conocer estas guías u orientaciones

5. ¿Se establecen objetivos de actividad en los servicios relacionados con el uso de las contenciones? Nos referimos por ejemplo a objetivos relacionados con la obligatoriedad de registro formalizado de CM, realización de evaluaciones de las CM, disminución cuantitativa de número de CM, disminución del tiempo de CM, etc.

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí, En todas las Unidades de Hospitalización de la Comunidad Autónoma
- Sí, se establecen objetivos en la Unidad o Servicio de Hospitalización
- No se establecen objetivos en este sentido

Por favor, añada a continuación cualquier información que nos permita conocer de qué objetivos se trata:

SOBRE PROTOCOLOS PARA EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

1. ¿Se utilizan protocolos de actuación cuando se indica una Contención Mecánica?

Selecciona todos los que correspondan.

- a. Sí, en todos los servicios de hospitalización de salud mental de la Comunidad Autónoma
- b. Sí, en la Unidad o Servicio de Hospitalización
- c. Existe protocolo, pero no se utiliza
- d. No existe protocolo
- f. Otro:

2. Si se utiliza protocolo, por favor indique sus características eligiendo entre las siguientes opciones. Selecciona todos los que correspondan.
 - a. Es un protocolo actualizado en los últimos 5 años
 - b. Regula el tiempo máximo de duración de la contención mecánica
 - c. Incluye la posibilidad de acompañamiento físico durante la CM (familiar, cuidador, a demanda de la persona).
 - d. Contempla la supervisión física periódica
 - e. Contempla la utilización de videocámaras como medio de supervisión
 - f. Regula los cuidados básicos durante la contención (TA, FC, FR, Pulso...)
 - g. Otro:
3. Si está referenciado en el protocolo, indique el tiempo máximo de duración, así como la periodicidad de la supervisión periódica, u otras observaciones sobre el protocolo

SOBRE EL REGISTRO

1. ¿Existe un Sistema de registro de las Contenciones Mecánicas? Por favor, incluya en las observaciones cualquier información relevante. Selecciona todos los que correspondan.
 - a. Si impulsado por la Administración en la Comunidad Autónoma
 - b. Si es un registro específico de la Unidad o Servicio de Hospitalización
 - c. No existe registro de las Contenciones Mecánicas
 - d. Otro:
2. Si se utiliza Registro de las CM, por favor indique sus características. Selecciona todos los que correspondan.
 - a. Modo de registro en papel (guardado en Historia Clínica)
 - b. Modo de registro informático
 - c. Incluye información sobre medidas previas llevadas a cabo para evitar la contención Mecánica
 - d. Incluye información suficiente para saber qué profesionales la ordenaron, profesionales que intervinieron

- e. Incluye el tiempo de duración de la CM
- f. Incluye información sobre las revisiones o supervisiones realizadas
- g. Incluye información sobre el acompañamiento realizado
- h. Incluye información sobre cuidados básicos realizados
- i. Otro:

Observaciones sobre el Registro

3. ¿Se realizan análisis de los registros de contenciones mecánicas? Por favor, indique a continuación el método de análisis, la periodicidad, etc.

PARA FINALIZAR

Si lo desea puede añadir cualquier otra información relacionada con la utilización de la Contención Mecánica que no se haya recogido con anterioridad, y que considere necesario reflejar. Así mismo, si desea hacer cualquier observación sobre esta recogida de información, le agradeceremos mucho su opinión

Para finalizar, le agradeceremos que nos haga llegar cualquier documento que nos facilite el conocimiento sobre este tema (Guías, planes, Protocolos, etc.), al correo electrónico de la Asociación Española de Neuropsiquiatría aen@aen.es indicando en el asunto Cuestionario sobre Contención Mecánica.

IDENTIFICACIÓN DEL RESPONDENTE

Por favor, indique los datos de la persona que ha cumplimentado este cuestionario. Esta información se tratará con absoluta confidencialidad. Se recoge exclusivamente con el objetivo de seguimiento de las respuestas y para poder

compartir los resultados globales de este estudio. Le garantizamos que, en ningún caso, ni sus datos, ni la información que nos ha proporcionado será difundida sin su consentimiento expreso. Se hará un análisis agregado de la información obtenida en el conjunto de su Comunidad Autónoma

Nombre

Puesto de trabajo

Lugar de trabajo

Correo electrónico

Teléfono de contacto

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2. Carta de envío del cuestionario

Estimado/a Señor/a

En las Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Profesionales de la Salud Mental, celebrada en Cartagena (Junio 2016), se propuso elaborar un Cuaderno Técnico sobre intervenciones coercitivas en Salud Mental, tratando de avanzar en lo expresado en el *Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción*.

Este Cuaderno Técnico está actualmente en desarrollo y quiere ser un punto de referencia de nuestra práctica, persiguiendo la reflexión y debate permanente y la búsqueda de alternativas al uso de la coerción en los Servicios de Salud Mental. Los apartados que incluye son los siguientes:

1. Aspectos conceptuales. Modelos que sustentan la coerción
2. Aspectos legales y éticos
3. Estado de situación en España: algunos datos en torno a la Contención Mecánica por CCAA
4. La experiencia de los/as usuarios/as con las intervenciones coercitivas
5. La experiencia de profesionales con las intervenciones coercitivas: Psiquiatría, Enfermería, Psicología Clínica, Prof. en formación, etc.
6. Aspectos Clínicos: Abordajes para prevenir intervenciones coercitivas en situaciones de riesgo:
 - Medidas ambientales y acogida en la hospitalización
 - Abordajes de Desescalada
 - Análisis (Debriefings) con los/as profesionales y usuarios/as
 - Participación en decisiones: toma de decisiones compartidas, voluntades anticipadas y planes de crisis
 - Registros de coerción y análisis de las prácticas
 - Medidas organizativas

Nos dirigimos a usted para solicitarle colaboración en la elaboración del apartado 3 en el que deseamos obtener información sobre los usos de la Contención Mecánica en las Unidades o Servicios de hospitalización psiquiátrica de las diferentes CCAA.

Somos conscientes de que en el uso de la Contención Mecánica entran en juego multitud de factores relacionados con el contexto, la organización, los recursos disponibles y también con los valores de los y las profesionales.

Nuestro único propósito es ayudar a identificar problemas, analizando y repensando nuestras prácticas y que fruto de este análisis constructivo podamos ofrecer alternativas plausibles.

Hemos elaborado un cuestionario, sobre medidas en torno a su uso, cuyo análisis nos podría ofrecer información sobre las garantías que existen cuando se utilizan estas medidas, sobre su supervisión y seguimiento, o sobre las medidas para tratar de evitarlas.

El cuestionario ha sido elaborado basándonos en una serie de indicadores de calidad consensuados en el ámbito de la AEN, sobre al uso de la Contención Mecánica en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica, en torno a varios bloques de contenido:

- SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA CONTENCION MECÁNICA. En este bloque se recoge información sobre la existencia de medidas para prevención del uso de contenciones físicas (plan específico, acciones formativas, guías para análisis de episodios, objetivos de disminución, etc.)
- SOBRE PROTOCOLOS PARA EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA. En este bloque se recoge información sobre las características de los protocolos existentes en las Unidades de Hospitalización.
- SOBRE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA. En este bloque se recoge información sobre cómo se registran los episodios de Contención Mecánica: métodos, información registrada, análisis de la información registrada, etc.

En el Cuaderno Técnico, el nivel máximo de desagregación de la información será el de la Comunidad Autónoma, y no se ofrecerá información que identifique la Unidad o Servicio concreto, excepto en los casos en los que esté identificada en los documentos (planes, actividades, protocolos, guías, etc.) que las Unidades o Servicios deseen facilitar para el intercambio de experiencias con otras unidades.

El cuestionario adjunto está diseñado para que sea cumplimentado online por los/as Responsables de las Unidades de Hospitalización¹ de su Comunidad Autónoma en la siguiente dirección: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSduq5svOwGU1WzfDO1zj6rSgLpgsEiUqBZJAf24Zh6F8qNmBQ/viewform>.

Si desea aclarar cualquier aspecto, estaré encantado/a de atenderle.

Agradecemos muy sinceramente su colaboración.

Presidente/a de la AEN Autonómica

Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental

Ana Moreno Pérez, Vicente Ibáñez Rojo, Manuel Gómez Beneyto

El presente informe tiene por objeto aportar información sobre intervenciones y prácticas dirigidas a prevenir el uso de medidas coercitivas en los servicios de salud mental de adultos, con el fin último de, sobre esta base, proponer medidas orientadas conseguir la eliminación de la coerción en nuestro medio.

La información ha sido obtenida mediante la búsqueda bibliográfica de estudios publicados en diversos bancos de datos, lo que constituye la primera parte de este informe, seguida de la presentación de los resultados de una encuesta dirigida a los servicios de salud mental autonómicos para identificar ejemplos de buenas prácticas realmente existentes en nuestro medio. Finalmente se expondrán las conclusiones y algunas propuestas para conseguir abolir la coerción

I ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE PREVENCIÓN DE LA COERCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

Resumen

Introducción:

Se describen los diferentes tipos de coerción en los servicios de salud mental y se justifica su abolición por las consecuencias negativas que acarrea sobre los derechos de las personas afectadas.

Material y Método Se realiza una revisión sistemática de las publicaciones sobre estrategias preventivas de la coerción con eficacia empíricamente demostrada. Se solicita a los socios de la AEN y a los responsables de Salud Mental de las CCAA ejemplos de buenas prácticas de medidas preventivas de coerción implantadas en nuestro país. Se solicitan ejemplos de buenas prácticas internacionales.

Resultados: Se presentan los resultados de la revisión en dos partes: en la primera se discuten las estrategias para prevenir los ingresos no voluntarios, distinguiendo entre las intervenciones dirigidas a reforzar la adherencia y las que persiguen incrementar la autonomía de los usuarios; en la segunda parte se revisa la prevención de la contención y el aislamiento en las unidades de agudos. Se ejemplifican las estrategias para la reducción de la coerción con las buenas prácticas recogidas.

Conclusiones: Tras reflexionar sobre los pros y los contras de los hallazgos encontrados en la revisión, se reflexiona acerca de la necesidad de crear una cultura anti-coerción como condición necesaria para aplicar con éxito las intervenciones preventivas. Tal cultura podría basarse en los principios de la recuperación

Introducción

La supresión de todas las formas de coerción es una demanda constante de las asociaciones de usuarios y de organismos internacionales como puede verse en el informe de marzo de 2017 del relator especial de la ONU sobre la Salud Mental, Dainius Pūras (Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, 2017). La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad promueve (artículos 17y 18) la libertad y seguridad de las personas con discapacidad y la protección contra la tortura y otros tratos o penas inhumanos y degradantes (Naciones Unidas, 2006). La aprobación de esta Convención en la mayoría de los países occidentales, uno de cuyos principios fundamentales es la no discriminación por padecer una discapacidad (en este caso mental), ha supuesto una importante ayuda a las demandas desde diferentes ámbitos para que se elimine la coerción en el abordaje psiquiátrico. La perspectiva de los Derechos Humanos incide en que en cualquier circunstancia hay que garantizar estos en igualdad de condiciones.

Desde el ámbito sanitario muchas asociaciones profesionales también entienden que la coerción no debe ser considerada terapia y abogan por su limitación o supresión. Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha publicado un documento para conseguir este objetivo: “Estrategias para terminar con el uso de la reclusión, la restricción y otras prácticas coercitivas” (WHO, 2017).

Por otra parte, los estudios muestran de forma sostenida (Barbui & Saraceno, 2015; Fuller Torrey & Lamb, 2010; McLaughlin, Giacco, & Priebe, 2016; Stefan Priebe et al., 2008; Stefan Priebe & Turner, 2003; Sashidharan & Saraceno, 2017; Undrill G, 2007) que:

- La coerción daña la dignidad y la autoestima de los usuarios, así como su disposición a colaborar con el tratamiento y puede ser la causa de un trastorno por estrés postraumático.
- La coerción no es terapéutica: se asocia a una mayor duración de la estancia, independientemente de la gravedad del trastorno.

A pesar de ello, los estudios también indican (McLaughlin et al., 2016; Stefan Priebe et al., 2008; Stefan Priebe & Turner, 2003) que las intervenciones coercitivas han aumentado recientemente; también el número de internos con trastornos

mentales en instituciones penitenciarias (Azumendi, 2014; Zabala Baños, 2015) y las plazas en residencias supervisadas.

Cabe preguntarse: ¿Existen estrategias eficaces y viables para reducir la coerción? El propósito de este capítulo es contestar esta pregunta. Para ello se expondrán por un lado los resultados de una revisión sistemática de publicaciones sobre estrategias preventivas de la coerción con eficacia empíricamente demostrada, y por otro se presentarán ejemplos de buenas prácticas en el contexto internacional y local. Por último se expondrán unas conclusiones a modo de recomendaciones para avanzar en la supresión de la coerción en nuestro contexto.

La forma más frecuente y menos visible de coerción es la coacción, conocida como “leverage” en la literatura anglosajona (Dunn et al, 2014). La coacción se ejerce desde una actitud paternalista o autoritaria, individualmente o como ingrediente estructural imbuido en la cultura asistencial al uso, incluso institucionalmente regulada. He aquí algunos ejemplos de prácticas que utilizan la coacción ordenadas de menos a más coercitivas:

- Persuasión: *ojo, que si te dejas la medicación podrías volver a tener una crisis*
- Chantaje moral: *Hazlo por mi*
- Inducción: *Si lo haces así, te rebajaré la dosis*
- Amenazas: *si no lo haces, te tendré que ingresar*
- Tratamiento subrepticio: *Haloperidol en la sopa*
- Sedación terapéuticamente injustificada

Su imperceptibilidad, el grado de generalización que ha alcanzado en nuestra cultura y el sometimiento de la mayoría de los usuarios hacen de la coacción la forma más dañina de coerción y, sin embargo, la menos estudiada. No hay publicaciones sobre estrategias preventivas de la coacción y por lo tanto no la trataremos en este informe.

Las formas reconocidas y mejor estudiadas de coerción – coerción formal o institucionalizada– son el ingreso involuntario, la contención (corporal, mecánica y/o farmacológica) y el aislamiento. Otras formas de coerción como el tratamiento forzoso y las puertas cerradas, pese a su importancia y prevalencia, no han sido objeto de atención en la literatura en cuanto al desarrollo de estrategias preventivas. El tratamiento involuntario ambulatorio (TAI) lo revisamos aquí como una estrategia para prevenir los ingresos involuntarios porque está recogido en la literatura.

Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones sobre estrategias preventivas de la coerción con eficacia empíricamente demostrada recogidas en las

bases de datos MEDLINE, PsycINFO y SCOPUS en los últimos 10 años, con las excepciones ya mencionadas.

La revisión sistemática de publicaciones recogidas en MEDLINE y PSICINFO sobre intervenciones orientadas a limitar los ingresos involuntarios, hasta la fecha actual arroja algunas decenas de artículos de los cuales hay 13 ensayos clínicos randomizados (ECR), dos revisiones sistemáticas parciales (Kisely & Campbell, 2015; Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015) y una revisión sistemática general (de Jong et al., 2016). Pueden clasificarse en base a las tácticas o técnicas empleadas en:

- Intervenciones basadas en el refuerzo de la adherencia
 - Mediante coerción
 - Mediante persuasión y apoyo
- Intervenciones basadas en el respeto a la autonomía
 - Mediante planes basados en las voluntades anticipadas
 - Mediante contrato para el ingreso por iniciativa propia

Por otra parte la revisión bibliográfica de los últimos diez años sobre medidas para prevenir la coerción en las unidades psiquiátricas de agudos para adultos revela la existencia de 12 revisiones sistemáticas que incluyen 3 ECR y 6 estudios comparativos de cierta calidad.

Por último se revisan dos modelos, empíricamente validados, de culturas de cuidados que son incompatibles con el ejercicio de la coerción

En resumen, se presentan los resultados en cuatro partes:

1. estrategias para prevenir los ingresos no voluntarios basadas en el refuerzo de la adherencia
2. estrategias para prevenir ingresos no voluntarios incrementando la autonomía de los usuarios
3. prevención de la contención y el aislamiento en las unidades de agudos.
4. modelos incompatibles con el ejercicio de la coerción

1. Estrategias para prevenir los ingresos no voluntarios basadas en el refuerzo de la adherencia

1.1 Mediante coerción (Tratamiento Ambulatorio Involuntario, TAI)

El TAI es una forma de conseguir la cumplimentación terapéutica mediante coerción, lo que supuestamente podría conducir a la mejoría clínica y a la consiguiente reducción de ingresos no voluntarios.

Se han publicado 3 ECR, una revisión Cochrane en 2011, actualizada en 2014 y 2017 (Kisely & Campbell, 2011, 2014, 2017) y un meta-análisis (de Jong et al.,

2016) sobre la eficacia del TAI, dos en USA (Steadman et al., 2001; Swartz et al., 2001) y un estudio multicéntrico en Inglaterra (Burns et al., 2013). Solamente en este se incluyó la reducción de ingresos no voluntarios como medida de resultado, constatándose la ineficacia del TAI para reducir su frecuencia. Los autores de la revisión Cochrane sostienen que el TAI no genera una diferencia significativa en el uso de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención voluntaria estándar. Las personas que recibían TAI tenían menos probabilidades de ser víctimas de un delito violento o no violento. No está claro si este beneficio se debe a la intensidad del tratamiento o su naturaleza obligatoria. Debe considerarse la evaluación de una amplia gama de resultados cuando se introduce esta legislación. Sin embargo, las conclusiones se basan en tres ensayos relativamente pequeños, con un riesgo alto o poco claro de sesgo de cegamiento, y evidencia que calificamos como de baja a mediana calidad.

Desde el punto de vista de los autores de este documento, plantear la reducción de las medidas coercitivas haciendo uso de otras medidas coercitivas (reducir los ingresos involuntarios en caso de que este hubiera sido el resultado empleando el tratamiento ambulatorio involuntario) no es compatible con una clínica basada en el respeto de los derechos de las personas. La Asociación Española de Neuropsiquiatría, profesionales de nuestro medio, familiares y usuarios se han manifestado en contra de la adopción de este tipo de medidas cuando se han planteado (FEAFES, 2009; Roig Salas et al., 2012).

1.2. Mediante persuasión y apoyo

1.2.1. La *incentivación económica* mejoró la adherencia, la calidad de vida y la relación con el personal tratante pero no redujo la frecuencia de los ingresos involuntarios. Priebe et al (S. Priebe et al., 2013; Stefan Priebe, Bremner, Lauber, Henderson, & Burns, 2016) llevan a cabo un ECR para estudiar la eficacia de un incentivo económico para mejorar la adherencia y reducir los ingresos no voluntarios. Comparan un grupo de pacientes con trastornos psicóticos, no adherentes, incentivados durante 12 meses con 15£ cada vez que se dejaban administrar medicación depot, con otro grupo sin incentivación. La adherencia mejoró significativamente durante la intervención pero no durante el seguimiento. No hubo diferencias en reingresos, ni en ingresos no voluntarios

1.2.2. Terapia de adherencia al tratamiento (TAT). La *entrevista motivacional*, la optimización de la dosis y los recordatorios (TAT) mejoraron la adherencia y redujeron la frecuencia de los ingresos involuntarios pero no de forma estadísticamente significativa; el grupo experimental recibió más atención

(10/2 horas mes). Staring et al (Staring et al., 2010) definieron la TAT o terapia de adherencia al tratamiento como una intervención basada en un modelo teórico empírico, en el cual los determinantes de la no adherencia de los pacientes se agrupan en tres: el primer grupo de determinantes se caracteriza por un individuo que niega su enfermedad y no ha integrado la enfermedad y el tratamiento a la vida; el segundo se caracteriza por una persona que no está satisfecha con su medicación debido a sus efectos secundarios o baja eficacia. El tercero se caracteriza por una persona que carece de las habilidades cognitivas o la estructura diaria para participar de manera efectiva en el tratamiento. De acuerdo con el modelo TAT, cada individuo que no es adherente tendrá al menos uno de estos factores presentes, lo que explica el comportamiento no adherente. La Intervención está orientada a mejorar la adherencia mediante 1) entrevista motivacional para incrementar la aceptación del trastorno, 2) estrategias para optimizar la dosis y reducir efectos secundarios, 3) instrucciones, recordatorios y resolución de problemas para minimizar dificultades cognitivas. Este ensayo clínico compara TAT con tratamiento habitual en pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio y con dificultades de adherencia. En el grupo experimental se produjo una reducción casi significativa de ingresos involuntarios (1 vs 6 $p = 0.053$). Mejoró la adherencia pero no mejoraron los niveles de insight, de estigma o de calidad de vida. El grupo experimental recibió más horas que el de control (10/2).

1.2.3. La *psicoeducación junto con “fichas de crisis”* y monitorización telefónica mensual por sanitario referente disminuyó los ingresos involuntarios y la duración de las estancias pero tuvo baja aceptación (Lay et al., 2012, 2015). Los autores diseñaron un estudio de intervención controlado aleatorizado en cuatro hospitales psiquiátricos en el Cantón de Zurich con el objetivo de reducir el número de hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias. El programa de intervención aplicado durante el ingreso consistió en psicoeducación individualizada, el uso de una tarjeta de crisis y, tras el alta, un control preventivo telefónico de 24 meses de los factores de riesgo individuales para la readmisión involuntaria. Todas las medidas fueron provistas por un trabajador de salud mental asignado al paciente a lo largo del estudio. En total, 238 (de 756 abordados) pacientes hospitalizados se incluyeron en el ensayo. En los resultados a 12 meses, 80 (67.2%) en el grupo de intervención y 102 (85.7%) en el grupo TAU aún participaban en el ensayo. De estos, 22.5% en el grupo de intervención (35.3% TAU) habían sido readmitidos involuntariamente; los resultados sugieren un número significativamente menor de readmisiones obligatorias por paciente (0,3 intervenciones, 0,7 TAU).

Los procedimientos basados en el refuerzo de la adherencia a la medicación parten de la hipótesis de que la adherencia conduce a la mejoría clínica y ésta a la reducción del número de ingresos no voluntarios. Sin embargo esta hipótesis no está probada. El efecto de la adherencia probablemente depende del contexto y de la forma como el paciente experimenta los intentos de incrementarla. La percepción de una presión inapropiada puede generar reacciones negativas. Por otro lado, aunque en sí misma no tiene por qué serlo, esta forma de intervención tiene el riesgo de convertirse en una forma de coacción y por lo tanto de coerción como definimos más arriba.

2. Intervenciones basadas en el refuerzo de la autonomía

Todas las practicas anteriores o bien son formas de coerción directa, o tienen el riesgo de serlo. Desde una perspectiva centrada en la recuperación y los derechos de los usuarios, existen alternativas en el manejo de los problemas de salud mental que excluyen la coerción. Una manera de entender algunas de estas alternativas de ayuda desde la perspectiva de los derechos humanos es la planteada por la Convención (CDPD) como apoyos en el ejercicio de derechos. Las personas siempre son titulares de derechos como el ejercicio de la capacidad y el libre consentimiento, pero en circunstancias en las que el ejercicio de la capacidad esta dificultado por una discapacidad, se deben proveer apoyos para ejercer los derechos. En el tema que nos ocupa, estos apoyos pueden tomar la forma de planes de crisis, toma anticipada de decisiones (como las voluntades anticipadas) desde el modelo de decisiones compartidas ofreciendo el nivel de apoyo que se requiera para cada circunstancia según las decisiones que se vayan a tomar, pero no sustituyendo las decisiones de la persona por la voluntad de terceros.

En este sentido la participación de los usuarios en las decisiones que afectan a su vida y a su salud tiene un valor en sí misma, con independencia de su efecto sobre los resultados clínicos y de funcionamiento.

La revisión de las intervenciones basadas en estos principios, que reducen los ingresos involuntarios encuentra las siguientes estrategias:

2.2 Planes de crisis acordados (PDA)

En relación con las Instrucciones previas/voluntades anticipadas, el Artículo 11 de la Ley 41/2002 de nuestro país recoge: “Una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud”.

Aunque el desarrollo de la ley se ha centrado casi exclusivamente en instrucciones previas al final de la vida, este es el fundamento legal de los PDA. En la literatura se pueden encontrar diferentes nomenclaturas que hacen referencia a los PDA como voluntades psiquiátricas, directivas anticipadas, planes anticipados de decisiones y otras (Zelle et al, 2015, Suess et al 2016).

En los PDA, el paciente, en estado competente, redacta un documento en el que expresa como quiere ser tratado en el caso de padecer una crisis en el futuro. Pueden asistirle en la elaboración profesionales, usuarios o familiares y se dispone de herramientas que facilitan el proceso. El documento ha de estar disponible para el personal que atienda al paciente en el caso de padecer una crisis en el futuro (se puede incorporar a la historia, etc.). Tiene carácter legalmente vinculante (Swanson et al., 2006). Más recientemente, desde la perspectiva de derechos humanos, no se habla del paciente en “estado competente”, sino de capacitar al paciente con los apoyos que requiera para que pueda ejercer su derecho a decidir (Suess et al, 2015).

Los Planes de Crisis Acordados son una variante de la Toma de Decisiones Compartida (TDC). La TDC implica un proceso de decisión conjunta entre usuarios y profesionales sanitarios, que tiene como objetivo que los usuarios adopten un papel más activo en las decisiones que afectan su salud (Villagrán, Lara Ruiz-Granados, & González-Saiz, 2015).

Se han publicado cuatro ECR con 739 pacientes seguidos 12-18 meses para estimar el efecto de los PCA sobre el número de ingresos no voluntarios (Henderson, 2004; Papageorgiou et al., 2002; Ruchlewska et al., 2014; Thornicroft et al., 2013). El meta-análisis de De Jong encuentra los PCA son eficaces para disminuir los ingresos involuntarios, encontrando una reducción del 23% del riesgo (RR, 0,77; IC 95%,0.60-0.98; I2=2.2%) (de Jong et al., 2016). Los autores señalan que, el tratamiento ambulatorio involuntario, las intervenciones basadas en el refuerzo de la adherencia y el tratamiento integrado no redujeron significativamente hospitalizaciones involuntarias.

El Plan de Crisis Acordado es la intervención más eficaz para evitar los ingresos no voluntarios. Un meta-análisis estima su efecto en una reducción del 23%. Fomenta el empoderamiento y es, además, coste-efectiva (de Jong et al., 2016). Sin embargo su eficacia está mediatizada por las actitudes de los profesionales que pueden no reconocerlos, por las dificultades para establecer el estado de competencia de los usuarios y porque la libertad de elección de los usuarios puede estar comprometida cuando el PCA se aplica durante el ingreso. Por otra parte, no está claro qué factores median entre la intervención y sus

efectos: la mejoría clínica, el insight, la adherencia, la relación terapéutica y el funcionamiento no siempre se han encontrado asociados a su eficacia.

2.3. Contrato para el ingreso por iniciativa propia

En una experiencia realizada en cuatro centros del servicio de salud mental noruego (Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015) se ofrece un contrato al usuario en el que se especifican los objetivos del programa y las condiciones bajo las cuales puede ingresar sin consultar con su médico. El hospital reserva camas para este uso. Mientras dura el contrato, el paciente continúa recibiendo el tratamiento habitual pudiendo ser ingresado, incluso en contra de su voluntad, si fuera necesario. Esta revisión sistemática revela 6 estudios que comparan los resultados antes y después de la introducción del programa. Se constata un aumento de la autoestima y la autonomía del paciente, una recuperación de la función “asilar” o de “refugio” del hospital, una reducción en los tiempos de estancia y una reducción de la coerción, incluyendo una notable disminución del número de ingresos no voluntarios. (Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015). El programa de contratos para el ingreso por iniciativa propia es sugerente y podría emplearse como factor de empoderamiento en conjunción con los PCA en el contexto de una estrategia general de toma de decisiones compartida, pero su eficacia para reducir los ingresos involuntarios está por demostrar.

3. Prevención de la contención y el aislamiento

La coerción en las unidades de salud mental hospitalarias para pacientes adultos en situación aguda, aunque es la más llamativa, representa una parte mínima de la coerción existente. Las intervenciones coercitivas como la contención y el aislamiento se utilizan en las unidades de agudos de adultos pero también en unidades para niños y adolescentes, en unidades de otras especialidades médicas, en urgencias del hospital y sobre todo en residencias geriátricas.

En la bibliografía se identifican las siguientes estrategias para prevenirlas (Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Goulet, Larue, & Dumais, 2017; Scanlan, 2010; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010)²:

- El factor liderazgo
- Registro y monitorización de los episodios de coerción
- Formación del personal en técnicas de desescalamiento
- Análisis post-incidente
- Implicación de los usuarios y sus familiares
- Uso de herramientas preventivas
- Equipos de respuesta rápida

- Dispositivos sensoriales
- Cambios normativos
- Incremento de la ratio de personal
- Atención Centrada en el Trauma
- Mejoras en la habitabilidad de las unidades
- Evaluación del riesgo de agresión

3.1. Los programas más eficaces son los que combinan varias estrategias; entre ellos destaca el SIXCORESTRATEGIES. Propuesto por la “National Association of State Mental Health Program Directors” y adoptado en unidades de hospitalización en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Australia y el Reino Unido (Goulet et al., 2017). Emplea las siguientes seis estrategias: liderazgo, empleo de datos para sustentar la práctica, formación del personal, uso de herramientas de prevención, la involucración de los usuarios, análisis post-incidente. El modelo ha sido traducido y difundido por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Kevin Ann Huckkshorn (traducido por la Escuela Andaluza de Salud pública), 2016). Por su interés, resumimos los aspectos más relevantes:

Liderazgo: Casi todos los artículos revisados y prácticamente todas las Guía de Práctica Clínica consideran indispensable que un miembro de la plantilla de la Unidad de Agudos, apoyado por la Dirección, tome a cargo la tarea de desarrollar e impulsar una política de reducción del uso de la contención y el aislamiento que emprenda los cambios organizativos y de gestión necesarios para lograrlo.

Formación: especialmente del personal de enfermería, en: técnicas de gestión de conflictos (des-escalamiento, manejo de la ira), cuidados de enfermería para el estrés postraumático (“Trauma Informed Care”) y de habilidades que promuevan un ambiente terapéutico en la Unidad (conocimientos y actitudes sobre la “Recuperación”, habilidades para establecer una relación terapéutica, para poner límites sin confrontar, etc.)

Análisis post-incidente: Analizar y reflexionar críticamente sobre los factores determinantes de cada incidente de contención inmediatamente después de acontecido. El análisis post-incidente se basa en el concepto “debriefing” y en la “Práctica Reflexiva” de enfermería. Se desarrolla en dos sesiones, una inmediatamente después de concluido el incidente, con las personas involucradas y otra, más formal, dentro de las 48 horas siguientes, con la participación todo el personal sanitario, el paciente y en algunos casos algún familiar

Implicación del usuario: Esta estrategia implica la inclusión completa y formal a todos los niveles de usuarios, familiares y agentes externos en el

desempeño de roles concretos en relación con el programa de reducción de la contención y el aislamiento (observación, monitorización, apoyo mutuo, etc.)

Herramientas para la prevención El empleo de medios y herramientas específicamente desarrollados para prevenir la violencia y reducir la frecuencia de uso de la contención, tales como cuestionarios para identificar el riesgo de violencia, técnicas de valoración del trauma, planes de seguridad, “Habitaciones Sensoriales”, etc.

En un ECR (Putkonen et al., 2013), la proporción de pacientes/días sometidos a estas medidas y la duración de las medidas disminuyó un 50% en las unidades donde el personal, los pacientes y los médicos fueron entrenados durante seis meses previos para aplicar seis estrategias básicas para prevenir la restricción. En un estudio comparativo (Wieman, Camacho-Gonsalves, Huckshorn, & Leff, 2014) en 43 Unidades de hospitalización en USA tras la aplicación de esta estrategia encontraron una reducción significativa del 17% de pacientes en aislamiento, del 19% de horas de aislamiento y del 30% de pacientes sometidos a contención. En un estudio comparativo en una Unidad de Agudos en Málaga se encontró una reducción significativa de la tasa media de episodios de contención antes y después de la intervención (18.5 vs 8.6), así como de episodios de contención en urgencias del Hospital (OR=.59). El número total de pacientes sometidos a contención bajó de 15.1% al 9.7% (Guzman-Parra, Aguilera Serrano, García-Sánchez, Pino-Benítez, Alba-Vallejo, Moreno-Küstner, Mayoral-Cleries, et al., 2016).

Podríamos concluir que la escasez de estudios empíricos bien diseñados impide hacer recomendaciones definitivas. La falta de rigor en la descripción de la naturaleza de los ingresos en las unidades en las que se han encontrado resultados positivos merma la credibilidad de los resultados. No obstante se puede decir que probablemente los programas más eficaces emplean una combinación simultánea de al menos cuatro estrategias: liderazgo, registro y monitorización, formación del personal y participación de los usuarios.

3.2. La adopción de medidas preventivas basadas en la evaluación del riesgo ha mostrado su eficacia en algunos estudios. Utilizando el inventario de Broset (Woods & Almvik, 2002) para evaluar el riesgo de violencia (Confuso, Irritable, Ruidoso, Amenazador físicamente, Amenazador verbalmente, Ataca objetos; cada ítem varía entre 0 y 1 y se obtiene una puntuación que señala 0 riesgo mínimo, 1-2 riesgo moderado y >2 riesgo alto) se propone aplicar una serie de intervenciones adaptadas al riesgo detectado, que de mayor a menor grado de imposición son: Sin medidas específicas para prevenir, Observación cuidadosa, Conversación general dirigida a reducir el riesgo, Paseo fuera de la Unidad uno a

uno, Paseo fuera de la Unidad en grupo, Participación en actividades, Ejercicios de relajación, Confrontación con el reglamento, Discutir el riesgo con el paciente, Des-escalar, Transferirle a una zona de tratamiento intensivo, Observación uno a uno durante varias horas, Aumentar la dosis de medicación, Medicación oral según necesidad, Aislamiento en la habitación del paciente, Aislamiento en habitación de aislamiento, Neuroléptico inyectable voluntario o involuntario, Contención. Dos ECR (Abderhalden et al., 2008; Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; van de Sande et al., 2011) comparan la utilización de estrategias de evaluación de riesgo con el “tratamiento habitual”. Van de Sande, en una muestra de 458 pacientes logra una reducción significativa del 45% del número de horas de aislamiento. Abderhalden et al, también comparando Evaluación del Riesgo con tratamiento habitual (n=973) obtienen una reducción significativa del 27% en el grupo experimental vs un incremento del 10% en el control.

Como señala Undrill (Undrill G, 2007), la evaluación y prevención del riesgo del paciente puede convertirse en la evaluación y prevención del riesgo del evaluador, puede perpetuar el estereotipo de peligrosidad y ser contrario a la promoción de la autonomía. En este sentido las estrategias basadas en la evaluación del riesgo pueden facilitar que se lleven a cabo intervenciones coercitivas basadas en la primacía de la seguridad sobre otros derechos. Desde la perspectiva de la recuperación se propone pasar de la “gestión del riesgo” del paciente a “compartir el riesgo” con el paciente. Jacqui Dillon (2015) habla de conceptos como “dignificar el riesgo” señalando que sin riesgo no hay crecimiento personal.

4. Promoviendo una cultura incompatible con la coerción

¿Hasta qué punto el fracaso de las medidas para suprimir la coerción puede depender de un factor ambiental, de una cultura compartida que legitima moralmente el uso de la violencia y que se constituye en una barrera casi infranqueable para conseguir servicios de salud mental libres de coerción? (Paterson, McIntosh, Wilkinson, McComish, & Smith, 2013) El personal que tiene que participar en procedimientos de contención en el curso de su trabajo dispone de mecanismos cognitivos para “desvincularse” moralmente de su responsabilidad. Estos mecanismos incluyen la deshumanización de la víctima (“es un psicótico”), el re-etiquetado de la contención como “acto terapéutico” en lugar de “acto de violencia” y la minimización de sus consecuencias, tratando de justificar la contención como una respuesta punitiva moralmente justificada e incluso saludable.

Existen ejemplos en los que la cultura compartida por los profesionales impide o dificulta de forma importante la justificación del uso de la coerción en una relación de ayuda. Mencionaremos dos: el modelo Tidal y la práctica “Primero No Forzar”.

4.1. El **Modelo TIDAL** (Barker, 2001; Barker, P, 2007) es un Modelo de atención en enfermería de SM, iniciado en Newcastle en 2001. En la actualidad, está implantado en más de 100 unidades de agudos en Inglaterra. Se basa en la conversación terapéutica (lenguaje del usuario, empatía, uso de metáforas y negociación), individual/grupal, estructurada y manualizada, de base constructivista basada en la recuperación, para facilitar el empoderamiento y la reconstrucción del relato personal. En nuestro medio, ha sido traducido para su uso por el Servicio Andaluz de Salud.

Gordon W et al, en 2005, (Gordon, Morton, & Brooks, 2005) realizaron una comparación antes/después en dos unidades de hospitalización tras un año de implantación del modelo Tidal, una en Birmingham (2004) y la otra en Newcastle (2001). Encontraron una reducción del 67% de episodios de contención mecánica, una reducción del 57% de incidentes graves, aumento de la satisfacción en el trabajo del personal de enfermería y mayor satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

4.2. La **política “Primero No Forzar”** (Ashcraft L, Bloss M, 2012). Los autores describen cómo la extensión del modelo de recuperación llevó a Recovery Innovations, una corporación sin fines de lucro fundada en 1990 que provee servicios de salud mental en una gama de programas orientados a la recuperación en cuatro estados en los Estados Unidos y uno en Nueva Zelanda, a promover de forma activa la eliminación del uso de la fuerza por ser incompatible con los valores de recuperación. La idea es que “*There is no such thing as a forced recovery*”. La política de “Primero No Forzar” (PNF) se instituyó en 2006 y se convirtió en un valor en toda la empresa, dando forma a la prestación de servicios en todos los niveles de atención, incluidos los servicios de atención en crisis, donde la fuerza tendría más probabilidades de ser utilizada. La política de PNF establece que la fuerza de cualquier tipo se usa solo como último recurso, incluso cuando las personas pueden parecer peligrosas para ellos mismos o para otros. Se resume en los siguientes principios:

1. Hacer pública la política “PRIMERO NO FORZAR”
2. Definir el uso de la coerción como un fracaso terapéutico.
3. Disponer un programa para erradicar la coerción, incluyendo el aislamiento, la contención y la medicación forzada, que incluya:

- a. Formación del personal en des-escalamiento y en la nueva política
 - b. Debriefing inmediato tras la ocurrencia de un incidente de coerción
 - c. Revisión de cada incidente de coerción
 - d. Registro y seguimiento de todos los incidentes con feedback a las partes interesadas
4. Sustituir el TAI por seguimiento proactivo y el apoyo de grupos de apoyo mutuo
 5. Limitar los ingresos involuntarios a los casos de máximo riesgo
 6. Sustituir “la gestión del riesgo” por “compartir el riesgo”
 7. Desarrollar programas educativos y de autogestión de la enfermedad, con la colaboración de los usuarios, para remplazar los programas orientados a reforzar la adherencia a la medicación
 8. Formar y apoyar en esta política a pacientes, familiares y fuerzas de orden público.

En el National Health Service inglés se están desarrollando experiencias en varias áreas con este modelo (Waldron & Foote, 2017), pero todavía no se han publicado los resultados.

II BUENAS PRÁCTICAS EN LA SUPRESIÓN O REDUCCIÓN DE LA COERCIÓN

1. Contexto internacional

Se recoge una selección de prácticas en el contexto europeo que creemos que son al menos en parte aplicables a nuestro contexto, de las que podemos aprender.

El Club italiano “SPDC no restraint”

El club fundado en 2006, lo forman actualmente el 5% de las unidades de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales de Italia ((Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, SPDC). En 13 unidades las puertas están abiertas y no hay contención, en 7 no hay contención pero las puertas están cerradas, y en 7 más se están desarrollando medidas para lograr la “no contención”.

La política *sin restricción*, se basa en la eliminación de las restricciones físicas, una política de puertas abiertas, en el pleno respeto de la libertad y la dignidad de las personas hospitalizadas, favoreciendo todas las intervenciones relacionales y estimulando la responsabilidad de las personas en su camino de recuperación. Entra

las estrategias que se ponen en marcha está el *holding*, una técnica utilizada por el profesional para contener la crisis del paciente, recurriendo a la escucha e involucrando el propio cuerpo en un intento de establecer un diálogo.

Las “SPDC no restraint” en general tienen detrás de una red de servicios disponibles dentro de la comunidad, abiertos todos los días, incluso 24 horas al día, con capacidad de manejar las emergencias de manera eficaz por el hecho de que los profesionales conocen los recursos locales.

El proyecto de Trento Gestión de eventos críticos en SPDC, ejemplo para lograr la “no contención” en una SPDC italiana. El SPDC de Trento durante años se ha estado moviendo hacia un pensamiento *sin restricciones*, la contención mecánica y el aislamiento no están incluidos en las intervenciones de servicio, tratando de superar los límites de las rutas de cuidado y asistencia centradas exclusivamente en la atención, en la vivienda (las puertas del barrio están abiertas) y el uso de medicación (Davì M, 2011, 2013). El objetivo final es promover la asistencia orientada a la *recuperación*, fomentando la responsabilidad personal con miras a la coestión de la enfermedad incluso en la fase aguda, de acuerdo con la creencia de que nadie carece de recursos (De Stefani R, 2007).

En 2016 se puso en marcha el proyecto experimental *Gestión de eventos críticos en SPDC* con una financiación específica. El coordinador de personal del SPDC, bajo el mandato del representante del proyecto (gerente médico departamental) se encarga de establecer el equipo de profesionales para eventos críticos, basado en la disponibilidad voluntaria. La gestión de eventos críticos implica algunas intervenciones organizacionales y la provisión de recursos específicos en caso de situaciones de crisis de uno o más pacientes. Desde el punto de vista de la organización, se usa una estrategia específica siempre que:

- la estructura normal del equipo de servicio y la presencia de Usuarios Familiares Experimentados (UFE) en el departamento no permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis;
- todas las formas de intervención terapéutica, farmacológica y relacional (también teniendo en cuenta la posibilidad de participación familiar) han demostrado ser ineficaces o insuficientes para garantizar la protección del usuario de los riesgos para su seguridad y la de los demás (caídas, auto o hetero agresión).

Este proyecto incluye:

- la presencia adicional y continua de 1-2 expertos en la relación, en apoyo del equipo del servicio, durante la fase de crisis aguda del paciente;

- la estancia en la Unidad de uno de los médicos del servicio hasta las 7 p.m. los días laborables;
- la presencia activa del médico disponible desde las 7:00 p.m. hasta las 8:00 a.m., excepto en caso de necesidad de permanencia, los días laborables y durante el tiempo que la situación lo requiera en días festivos.

Profesionales expertos garantizan, con su presencia, actividades de apoyo al equipo de SPDC, contribuyendo a la gestión de eventos críticos y a la seguridad general y funcionalidad del departamento. El equipo de turno mantiene la responsabilidad de la gestión de crisis y debe dirigir las actividades de apoyo que se confiarán a profesionales adicionales. Los expertos en la relación tienen por lo tanto el objetivo de asegurar, con su presencia física en el departamento, la actividad de contención relacional (*holding*) del sujeto en crisis aguda, en colaboración con los otros profesionales presentes a su vez, permitiendo al mismo tiempo manejo de los pacientes como un todo.

También es posible activar urgentemente otras figuras de soporte, en relación con motivaciones específicas y con la indicación del gerente del departamento de acuerdo con el Director. La elección se realizará de acuerdo con los siguientes criterios. Pueden ser: un usuario experto Familia (UFE), que ha alcanzado una experiencia de al menos un año como UFE; un refugiado/solicitante de asilo, que asume un significado de valor agregado si existe el mismo origen étnico-lingüístico con el usuario, que ha participado en los cursos de formación ad hoc y en particular que operaban en contextos significativos en situaciones de crisis.

Resultados: Los resultados alcanzados en 2016, gracias a todo el equipo de trabajo, han marcado un claro cambio y demuestran se puede conseguir *ninguna restricción* si todos (SPDC y Servicios Territoriales) están orientados hacia este enfoque.

Esto es posible porque la política de no restricción no es solo evitar restricciones físicas y mantener la puerta abierta, sino en general tener respeto por los derechos, la libertad y la dignidad de la persona. La no restricción es la evitación de transformar a la persona en un cuerpo “domesticado” y privado de su historia, es el entender en lugar de ser juzgado, es la tolerancia de la incertidumbre sin actuar inmediatamente por seguridad, es la confiar y no solo tratar, es escuchar activamente.

Hospital Psiquiátrico del Cantón Suizo de Ticino

En 2005 (Emmenegger, 2016) se puso en marcha un proyecto para disminuir las contenciones mecánicas en este Hospital de 140 camas para pacientes “agudos”.

Se monitorizó el uso de las contenciones y se restringieron sus indicaciones, consiguiendo una reducción entre el año 2005 al 2009 de 210 a 115 al año. Se concluyó que mientras la posibilidad de contener existiera, era muy difícil seguir reduciéndola.

Tras esto se desarrolló un ambicioso proyecto basado en los derechos de los usuarios y una terapia de calidad, con el objetivo de la supresión total de la contención mecánica. Se desarrolló una política financiada para reducir la restricción, con mayor proporción de personal por usuario, se convirtieron los equipos existentes en equipos de crisis con capacitación y educación del personal. Se desarrollaron proyectos piloto para explorar las medidas más eficaces con la hipótesis de trabajo de desarrollar intervenciones en crisis y uso de terapias intensivas al mismo tiempo, y en 2105 se consiguió eliminar completamente el uso de la restricción mecánica.

Se trabajó desde un enfoque diferente y dialógico sobre la crisis con los siguientes principios: comprender y no juzgar, suspensión del juicio, no actuar de inmediato cerrando el discurso, negociar y no solo tratar, tomarse tiempo para el trabajo relacional: escucha activa (empatía), tolerar condiciones de incertidumbre: dar crédito a la confianza, no a la impotencia.

Se crearon dos nuevos equipos con un efecto complementario: un equipo de respuesta de emergencia listo para actuar las 24 horas de guardia en las salas, con 1 psiquiatra y 10 enfermeras; y un equipo de gestión de casos intensivo con tareas de cuidados flexibles, asertivo e intensivo con usuarios con problemas clínicos y sociales complejos, con 1 psiquiatra y 5 enfermeras. El tiempo promedio de una intervención en crisis fue de 2/3 horas. La relación 1 a 1 debe tener una función terapéutica y no una función de control.

Se apreció una clara contradicción entre el tiempo de cuidado y el tiempo de control. Tiempo de cuidado tenía una alta calidad en empatía, nuevas formas de organización, se negociaba para tratar, estaba orientado a la comprensión, no a la decisión

Resultados logrados en 4 años

- Eliminación completa de la restricción mecánica
- Unidades abiertas
- Sin aislamiento
- Accidentes de trabajo menos severos
- Menor uso de medicación forzada
- Cooperación en el trabajo
- Enfoque en la calidad de las relaciones y los derechos del usuario
- Nuevos conceptos de tratamiento de crisis e intensivo.

El autor señala que el uso de la restricción mecánica es solo la punta del iceberg de la coerción, que se puede ejercer de muchas otras formas que requieren de un cambio de la cultura muy progresivo. Sin esto, en cuanto se dejan de aplicar las medidas sobre el personal y la monitorización continua, la coerción reaparece.

Proyecto “To come to one’s own right – empowerment psychiatry” de la Región de Gotemburgo, Suecia.

La región de Västra Götaland tiene 1.6 millones de habitantes, 24 000 km², 49 municipios, el principal Gotemburgo. El Comité para los Derechos Humanos fue establecido en 2011 con la misión de apoyar e iniciar un trabajo sistemático con humanos derechos en la región. El comité es una iniciativa única para la Región Västra Götaland y no hay experiencias similares en Suecia ni en Europa. La región de Västra Götaland destaca como una región pionera en lo que respecta a los derechos humanos (Vargas, A.A., Bischof, B., Persson, A., Engqvist-Jonsson, 2017).

El Comité decidió poner en marcha tres proyectos para mejorar los derechos humanos, de los cuales dos fueron de salud mental, pues se decidió que la población con estos problemas era de las más vulnerables a sufrir violaciones de sus derechos. Junto con la atención de psicosis del noreste de Gotemburgo, el comité ha estado desarrollando desde 2012 un enfoque basado en los derechos humanos en la Unidad Psiquiátrica del Hospital de Sahlgrenska. Atiende un condado de con una población aproximada de 96.000 personas de las cuales el 43% proceden de otros países (en Goteburgo 20%, en Suecia 8%).

Uno de los resultados del trabajo es el proyecto “To come to one’s own right – empowerment psychiatry” “Llegar por derecho propio: empoderamiento en psiquiatría”, financiado por el fondo sueco de herencia general con el apoyo de Mental Health Europe. El objetivo del proyecto ha sido pasar de unos servicios de salud mental medicalizados y coercitivos a unos servicios basados en la comunidad, centrados en la persona y orientados a la recuperación, evitando el uso de la coerción en la atención.

Personal y usuarios desde el principio participaron en el grupo ejecutivo y diseñaron e identificaron las áreas y los dilemas a tratar. De esta manera, desde el principio se abordó la atención coercitiva, el uso de correas y cinturones cuando los pacientes molestan y las situaciones se salen de control en la sala de pacientes hospitalizados. Uno de los resultados es que desde el comienzo de este proyecto, la sala de hospitalización del hospital que ha sido parte del

proyecto solo ha usado correas y cinturones 4 veces en total en un año (en comparación con las más de 4 veces al mes previas).

Una de las principales razones de esta notable disminución es la desaparición de reglas innecesarias y no motivadas que forman parte del uso de técnicas de supresión de problemas en las instituciones.

La frustración del personal disminuyó y facilitó el trabajo muy cercano al paciente. Se desarrollaron talleres sobre derechos humanos de un día para todo el personal invitando a usuarios de servicios. Otra cosa muy importante que la investigación que evaluó el funcionamiento del proyecto y sus resultados no la realizó el servicio de psiquiatría, sino ONG del movimiento de derechos humanos. Creemos que es importante para tener "otros ojos" en los trajes y la cultura dentro de la psiquiatría.

El Hospital Universitario Sahlgrenska ha trabajado en la implementación de los derechos humanos en sus actividades mediante la capacitación del personal y el empoderamiento de los usuarios del servicio conduciendo a relaciones equitativas en la provisión de cuidado y a un uso reducido de la coacción.

El éxito en la experiencia de este Hospital ha llevado a que se extienda a la región de Gotemburgo, que actualmente desarrolla un proyecto de 3 años en el Hospital de Mölndal con dos enfoques. La atención hacia adentro en psiquiatría para llegar a los titulares de derechos y portadores de obligaciones en ese campo y elevar la conciencia y el conocimiento entre ellos. El objetivo es empoderar a ambos grupos para que el cambio sea posible. Otro enfoque es hacia la sociedad para disminuir el estigma y la discriminación. Para que el cambio sea posible hay que ser conscientes de la noción de poder y la distribución de la misma en la sociedad, desafiando y cambiando las jerarquías.

Se ofrecen charlas sobre cómo trabajar en una práctica basada en derechos humanos dentro de la psiquiatría que está dirigida a diferentes grupos y también grupos fuera de la psiquiatría, como la agencia de seguro social y la oficina de empleo, la ciudad de Gotemburgo. Se organizan también Picnic "Rättighets", una actividad dirigida por titulares de derechos donde nos reunimos en hermosos lugares públicos al aire libre en Gotemburgo. Hemos invitado oradores para estas ocasiones que hablan sobre temas que son empoderadores y que aumentan el conocimiento útil para los titulares de los derechos. Por ejemplo, se han dado conferencias sobre derechos humanos e historias de vida personal, sesiones con ombudsman personal que pueden

ayudar en los contactos con diferentes agencias y garantizar que se respeten los derechos de los titulares de los derechos.

El éxito en la experiencia en la disminución de la coerción en las Unidades Psiquiátricas demuestra que es posible proporcionar una visión coherente y científica, pero humana y realista para el futuro, ofreciendo atención en lugar de coacción, favoreciendo la inclusión social, la justicia y los derechos humanos.

2. Ejemplos de buenas prácticas en el contexto del estado español

Material y método:

Se solicita a los socios de la AEN y a los responsables de salud mental autonómicos que cumplimenten el formulario (anexo 1) de buenas prácticas para reducir el uso de la coerción con prácticas que tengan un respaldo documental.

Resultados

Se realizan tres oleadas de envíos con las que se han obtenido un total de 14 respuestas, 7 institucionales a través de los responsables de Salud Mental de las Comunidades Autónomas y 7 de socios de la AEN.

Las Comunidades que han cumplimentado la información han sido: Andalucía, Canarias, Cataluña, La Rioja, Madrid y Navarra. Se han recibido ejemplos de buenas prácticas de socios de Andalucía, Navarra y Madrid.

Cabe una primera reflexión sobre la escasez de respuestas, quizá relacionado con el escaso eco que obtienen habitualmente las encuestas, la falta de hábito de publicación –y la dificultad– de experiencias llevadas a cabo en la práctica clínica habitual que permitan visibilizarlas. Cuando se hace, con relativa frecuencia es en publicaciones de difícil acceso general. Desde el punto de vista de los autores, esta dificultad para encontrar buenas prácticas relacionadas con la reducción de la coerción da cuenta también del panorama actual del uso de la misma en nuestro medio: aunque el trabajo para el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas de sufrimiento psíquico viene de largo y se han interesado en él asociaciones de personas afectadas, familiares y profesionales, el cuestionamiento claro de las medidas de coerción ha sido muy reciente y liderado por asociaciones de usuarios que están favoreciendo un debate público y una reflexión crítica sobre los aspectos más controvertidos de la profesión.

1. Estrategias para reducir el uso de la contención mecánica.

Llama la atención en primer lugar que algunas de las estrategias que se han recibido etiquetadas como “Estrategias para reducir el uso de la contención mecá-

nica”, hayan sido los protocolos de contención mecánica de algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, La Rioja, Canarias, Cataluña en elaboración) o procedimiento de actuación ante un paciente agitado o procedimiento de inmovilización terapéutica. Quizá se considera que la existencia de un protocolo que con frecuencia recoge el abordaje verbal como parte de una estrategia de cuidados en una escalada de violencia puede reducir el uso de la contención mecánica. En todo caso, no hemos encontrado en estos protocolos ninguna estrategia específica que permita afirmar lo anterior o medirlo. Destaca igualmente la manera de nombrar: quizá tenga alguna relevancia y algún efecto sobre el compromiso con la desaparición de esta práctica el que se nombre como contención mecánica o como inmovilización terapéutica. Desde el punto de vista de los autores, el eufemismo “inmovilización terapéutica” resta importancia a la coerción de esta práctica y alude a una supuesta ventaja terapéutica que no ha sido comprobada en ninguno de los estudios consultados. Así, puede desincentivar el interés en la investigación de prácticas alternativas que sean respetuosas con los derechos de las personas a las que atendemos en los recursos dedicados a la atención a la salud mental.

Podría ser destacable la existencia de un protocolo autonómico que, de alguna manera, homogenice prácticas y sea un primer paso para trabajar en su reducción. Hemos tenido acceso a tal protocolo autonómico en Andalucía y La Rioja. En una Comunidad Autónoma (Madrid), aunque no tiene un protocolo a nivel autonómico, sí existe la obligación de renovar el de cada centro cada dos años y unas instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (Resolución del Viceconsejero de Sanidad Y Director General Del Servicio Madrileño de Salud de 27 de enero de 2017). Desde Cataluña hemos recibido la noticia de un protocolo de contención mecánica 0, actualmente, en fase de revisión y aprobación.

Dentro de una estrategia a medio-largo plazo que permita implantar medidas para reducir el uso de la CM y medirlo, dos comunidades autónomas tienen distinto grado de desarrollo de un sistema de registro autonómico del uso de la contención mecánica. Navarra está pilotando el suyo que espera tener operativo en el primer trimestre de 2018. Andalucía ha sido la primera comunidad en implantar un registro autonómico del uso de CM y ya puede presentar datos. Por su interés, transcribimos el contenido del formulario:

Título de la práctica: disminución de medidas coercitivas:

Ámbito de actuación: Unidades de hospitalización de salud mental de la comunidad autónoma de Andalucía.

Descripción de la estrategia: durante la vigencia del II Plan Integral de Salud

Mental de Andalucía (PISMA) 2008-2013 y desarrollando una de sus líneas estratégicas de fomento de la participación y la ayuda mutua, se pone en marcha un grupo de trabajo sobre derechos humanos en personas con trastorno mental. En ese marco se elabora, en primer lugar, un protocolo de contención mecánica del Servicio Andaluz de Salud, publicado por la Consejería de Salud en 2010, así como una propuesta de Planificación Anticipada de Decisiones que contribuya a la disminución de medidas coercitivas, sobre todo en el marco de los dispositivos hospitalarios, y especialmente en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental. Finalmente, se centra en la revisión y elaboración de propuestas para la erradicación de la contención mecánica.

El III PISMA (2016-2020), mantiene objetivos ligados a mejorar el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, a través del fomento de la participación de personas con TMG y allegadas y el incremento del conocimiento de las y los profesionales de los ámbitos sanitario y social sobre los derechos de las personas con discapacidad, basada en la toma de decisiones compartidas y en el fomento de su autonomía. Para ello, entre otras acciones, se define el diseño, implantación y evaluación destinadas a disminuir las medidas coercitivas e involuntarias en la atención a personas con TMG, con el objetivo final de su desaparición. Y se propone como resultados: la puesta en marcha de recogida de datos e indicadores de las contenciones mecánicas, un conjunto de medidas preventivas contra las mismas y, como resultado final, conseguir una disminución mínima de las contenciones en un 50 %, teniendo como objetivo deseable su total eliminación.

De las acciones llevadas a cabo hasta este momento destacamos:

- La puesta en marcha de un grupo de trabajo de todas las Unidades de Hospitalización de Salud Mental de Andalucía (UHSM), 19 en total. En esta acción se cuenta con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2016
- Puesta en marcha de un sistema de recogida de datos de las contenciones mecánicas habidas en cada UHSM, atendiendo al protocolo existe, y que se ha comentado anteriormente. Segundo semestre de 2016.
- La inclusión en el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud con las Direcciones Gerencias de Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria de un objetivo a incluir en los Acuerdos de Gestión con las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de disminución del 10% de las horas totales de contención en 2017, sobre el resultado de 2016, y un 20% en 2018, sobre el resultado de 2016.

- Puesta en común de experiencias de trabajo sobre disminución de la contención mecánica en base a acciones sobre distintas variables intervinientes: organización del dispositivo, competencias de profesionales, clima terapéutico, cartera de servicios, atención a la Urgencia (guardias), protocolos de ingreso hospitalario y criterios de ingresos programados, etc.
- Acciones de formación en técnicas de desescalada para la prevención de la contención mecánica.
- Otras acciones propuestas para la disminución de las contenciones mecánicas:
 - Formación orientada a cambios actitudinales (mitos, asunciones erróneas...)
 - Análisis de experiencias de pacientes y de profesionales
 - Técnicas de prevención y gestión de crisis
 - Técnicas para análisis y revisión de episodios de contención
 - Enfoques y modelos de atención (DDHH, recuperación, ...)

A finales de 2016, hemos dispuesto de los primeros resultados de la recogida de datos en todas las UHSM, excepto en dos por dificultades instrumentales y que esperamos recuperar.

Primeros datos del segundo semestre de 2016.

Nº de Camas	Nº Episodios	Pacientes distintos	Minutos Contención	Horas de contención	Media de Horas por Episodio	Media de Episodios por paciente	Med
27	48	23	49132	819	17	2	
15	53	30	69495	1158	22	2	
28	77	50	122124	2035	26	2	
14	53	22	57990	967	18	2	
28	26	16	6106	102	4	2	
43	114	41	145806	2430	21	3	
20	98	22	224052	3734	38	4	
30	83	24	127199	2120	26	3	
29	74	30	75436	1257	17	2	
12	30	8	11005	183	6	4	
37	147	52	167096	2785	19	3	
15	46	24	63828	1064	23	2	
42	52	39	59627	994	19	1	
30	104	55	86856	1448	14	2	
30	42	23	44867	748	18	2	
27	59	35	32271	538	9	2	
44	104	40	88459	1474	14	3	
31	78	50	74957	1249	16	2	
502	1288	584	1506306	25105	19	2	

De los resultados obtenidos una cuestión interesante, además de la propia información para cada UHSM es el comparativo entre ellas. Aún por realizar el análisis de la variabilidad entre todas ellas.

También en Andalucía, en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Regional de Málaga, destaca el Proyecto Presencia: Desde el año 2012 se vienen realizando distintas intervenciones multidisciplinares en la unidad de hospitalización con el objetivo final de prevenir y disminuir el uso de medidas coercitivas. Estas intervenciones se recogieron en el año 2016 en un proyecto de gestión de cuidados denominado PRESENCIA en el que se destaca que el convencimiento de la importancia de la presencia enfermera y de que con un programa de intervenciones específicas en el área de los cuidados se conseguiría mejorar el ambiente terapéutico y con ello disminuir el uso de medidas coercitivas en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga era la base que motivaba este proyecto de gestión de cuidados. Dada la experiencia en el tema de los profesionales de la Unidad y la revisión de la literatura se consideró conveniente utilizar como evidencia el modelo Six Core Strategies. En cuanto a las evaluaciones realizadas, se han comparado el número y duración de las contenciones mecánicas realizadas en 2005, 2010 y 2013, observándose una reducción en el uso de la misma. Los datos están publicados (Guzmán Parra 2014, 2016).

En esta misma línea de proporcionar una experiencia durante la hospitalización que sea más respetuosa con los derechos de las personas podemos inscribir la existencia de unidades hospitalización abiertas (Inca, Elda) de las que hemos tenido noticia aunque no hemos recibido información. La Unidad de Elda lleva muy poco tiempo abierta. En la de Inca (comunicación en las jornadas No todas las camas son iguales. Manantial, 29 de noviembre de 2017), se han reducido las contenciones mecánicas, ha aumentado la formación del personas en técnicas verbales de acompañamiento y desescalada, el tiempo compartido de los profesionales con los pacientes y la variedad de respuestas posibles (no sólo coercitivas) ante situaciones de incremento de la tensión.

La Unidad de Hospitalización de Jerez viene desarrollando desde el año 2003 una serie de medidas organizativas (entre las que destaca el acompañamiento familiar, las decisiones compartidas, la formación, etc) que tienen la finalidad de reducir tanto el uso de contención mecánica como de medicación forzada. El estudio DESATA y DESATA2 analiza retrospectivamente la variación en el uso de estas medidas coercitivas en relación con esos cambios. Puede verse un resumen de este trabajo en el anexo 2.

Varias comunidades autónomas destacan en sus formularios la formación en técnicas de contención verbal a personas que trabajan en Salud Mental (Navarra) o a personal de emergencias en el manejo de la crisis o la agitación (Madrid) como medidas para reducir el uso de la contención mecánica. Desde nuestro punto de

vista, en relación con la formación, son de especial relevancia las experiencias de formación llevadas a cabo por expertos por la experiencia a profesionales. No podemos dejar de mencionar el proyecto Emilia (Palomer, Izquierdo, Masferrer, & Flores, 2011) o la formación ofrecida en la actualidad por la asociación Veus en colaboración con la Universidad de Girona, Yale y Marie Curie Actions (<http://veus.cat/mas-alla-de-la-recuperacion/>): *Más allá de la recuperación, hacia una atención en salud mental basada en derechos.*

2. Prevención de ingresos involuntarios

Se ha recibido el protocolo de ingreso no voluntario de una comunidad autónoma (Navarra), que, desde su punto de vista, garantiza los derechos del paciente y homogeniza la actuación de los profesionales. No se ha recibido información de que, aunque favorezca la transparencia en el procedimiento, sirva para reducir el ingreso involuntario.

Dentro de las estrategias que permiten reducir los ingresos involuntarios se ha recibido el programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en Alcalá de Henares, dirigido a personas que precisarían ingreso pero que puede sustituirse por atención intensiva en el domicilio del paciente. Durante el año 2017, 9 pacientes pudieron ser ingresados en su domicilio, en lugar de realizar una hospitalización tradicional y 65 redujeron la estancia hospitalaria.

La reducción de ingresos involuntarios está muy estrechamente relacionada con la disponibilidad de equipos de trabajo multidisciplinarios en la comunidad que, desde una visión integrada, faciliten tanto el abordaje clínico como el acceso a las necesidades básicas de las personas afectadas de sufrimiento psíquico grave (vivienda, ingresos, trabajo, relaciones significativas, desempeño de roles valorados). Es decir, que el % de ingresos involuntarios podría verse como un indicador de resultados del funcionamiento de la red de salud mental, no sólo como un aspecto concreto del funcionamiento de la urgencia y la unidad de hospitalización. No hemos recibido, en este sentido, ningún formulario que haga alusión a un funcionamiento integrado de la red de salud mental, aunque nos consta que las hay, o de programas de atención específica a personas con sufrimiento psíquico intenso en riesgo social de aislamiento, exclusión, como los programas de tratamiento asertivo comunitario (desarrollado en nuestro medio inicialmente en Avilés y actualmente extendido a muchas comunidades autónomas), los equipos de apoyo socio comunitarios que funcionan en la Comunidad de Madrid, con una atención más centrada en el acompañamiento terapéutico o los equipos

que trabajan con pacientes en situación de exclusión (como el Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental de Madrid). Hemos recibido la descripción de un programa de acompañamiento terapéutico llevado a cabo por la Asociación Pasos que estuvo en activo para atención a personas afectadas de drogodependencias y enfermedad mental en la Comunidad de Madrid.

El desarrollo de voluntades anticipadas es otra de las estrategias mencionadas en la literatura (ver más arriba y capítulo 1 de este cuaderno técnico) para, por una parte, reducir las prácticas coercitivas como la contención mecánica y el ingreso involuntario y, por otra, desarrollar herramientas que permitan el respeto a las decisiones y preferencias de las personas afectadas de sufrimiento psíquico intenso, incluso en los momentos en los que puedan tener afectada su capacidad de decidir. En nuestro medio, cabe destacar la planificación anticipada de decisiones en Salud Mental, elaborado por el grupo de Derechos Humanos y Salud Mental, vinculado al Plan Integral de Salud Mental de Andalucía y la Escuela de Salud Pública en 2015 (Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental, 2015). El documento está publicado e incluido en la historia clínica electrónica en Andalucía. No hay datos sobre el nivel de implantación aunque los primeros resultados de un proyecto de investigación financiado por el SAS indican que de momento es baja (Tamayo, 2017).

III CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Como hemos visto en la revisión de la literatura y el desarrollo de prácticas en nuestro entorno es posible reducir la coerción y es posible la eliminación de medidas coercitivas. De estas experiencias se extrae que los programas que se proponen una reducción de la coerción consiguen reducirla, los que se proponen su abolición consiguen abolirla. Como señala Basaglia “el tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales solo es posible si los pacientes psiquiátricos son libres y tienen una relación con los trabajadores de la salud caracterizada por la reciprocidad y la preservación del poder de negociación”.

La declaración de Cartagena de la AEN señala que “más allá de los cambios individuales, hay que transformar discursos, culturas y servicios. No nos referimos solo a unas prácticas, sino también a los discursos que las sustentan y las instituciones y servicios que las posibilitan”. Desde el punto de vista de los autores, el movimiento de la recuperación ofrece un modelo de organización de los servicios y de formación del personal que podría cumplir esta aspiración.

Más allá del cambio en las instituciones para que la coerción desaparezca es también necesario un cambio en la sociedad. El enfoque de derechos proporciona las bases para la no discriminación y una cultura inclusiva de la diferencia. Las intervenciones que se emprenden aisladas en las unidades de salud mental es difícil que se sostengan si no se acompañan de acciones con todos los agentes sociales implicados.

Por todo ello desde la Asociación española de Neuropsiquiatría creemos necesario que se pongan en marcha iniciativas que tengan en cuenta las evidencias encontradas y los principios en las que se sustentan. Por ello proponemos:

1. Visibilizar. Debe existir información clara y transparente sobre el uso de la coerción en recursos públicos y privados. Este es el primer paso para poder conocer en profundidad el uso que de la coerción se hace en los servicios, las diferencias entre los mismos y establecer acciones correctoras cuya eficacia pueda ser conocida también. Para cumplir este objetivo proponemos:

- a. La creación de un registro avalado institucionalmente (bien desde el Ministerio de Sanidad, bien desde cada una de las CCAA) que recoja al menos:

- i. Episodios de coerción

- ii. Ingresos involuntarios

Debe existir un compromiso político que obligue a mantener el registro y la calidad de mismo, por ejemplo, incluyendo estos apartados en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada CMBD (conjunto mínimo básico de datos).

Esta propuesta se puede apoyar en las iniciativas legislativas en favor de la supresión de la coerción como medida terapéutica en los recursos del sistema socio-sanitario que se han aprobado tanto en las Cortes Españolas como en algunos Parlamentos Autonómicos en forma de Proposición No de Ley como Madrid, Cantabria, Castilla León, Andalucía, La Rioja, revisado en el capítulo de legislación de este cuaderno técnico y del que ha hecho un magnífico resumen Mad in America Hispanohablante.

2. Creación de una comisión independiente (al estilo de la Oficina del Defensor del Paciente en cada CCAA) formada por representantes de asociaciones de profesionales, de asociaciones de usuarios y familiares, permanente que:

- a. Emita un informe anual basado en el registro sobre el uso de la coerción. El informe ha de hacerse público.

- b. En base a este informe, la administración tomará las medidas necesarias tendentes a reducir el uso de la coerción. La eficacia de tales medidas se valorará en los sucesivos informes.
3. Creación de un grupo de trabajo de la AEN, al modo del club italiano *SPDC No Restrain*, que tenga como objetivo el fomento de la reducción de la coerción, donde los profesionales puedan, en un entorno seguro, compartir experiencias de buenas prácticas hacia la eliminación de la coerción, plantear las dificultades para llevarlas a cabo y contribuir a crear una cultura profesional en la que la coerción no sea una opción. Esta agrupación de Unidades de Salud Mental Libres de Coerción podría tener, a modo de ejemplo, los siguientes objetivos: visibilizar y potenciar aquellas unidades que desarrollen estrategias para reducir el uso de la coerción, así como favorecer la expansión de prácticas libres de coerción.

Bibliografía

- ABDERHALDEN, C., NEEDHAM, I., DASSEN, T., HALFENS, R., HAUG, H.-J., & FISCHER, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50.
- Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family A practitioner guide to psychoeducation and management (Trad cast: Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu, 2001)*. New York: Guildford.
- ASHCRAFT L, BLOSS M, A. W. (2012). The development and implementation of “no force first”; as a best practice. *Psychiatric Services*, 63(5), 4-41.
- AZUMENDI, E. (2014, mayo 17). ¿Por qué acaban en prisión tantas personas con trastornos mentales? www.eldiario.es.
- BARBUI, C., & SARACENO, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 206(6), 445-6.
- BARKER, P, B.-B. (2007). *El Modelo Tidal ® Salud Mental Reivindicación y Recuperación (Traducción SAS 2015)* (Servicio A). Sevilla.
- BARKER, P. (2001). The tidal model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in psychiatric care*, 37(3), 79-87.
- BURNS, T., RUGKÅSA, J., MOLODYSKI, A., DAWSON, J., YEELES, K., VAZQUEZ-MONTES, M., ... PRIEBE, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1627-1633.
- DAVÌ M. (2011). Estrategias para involucrar a usuarios y familiares en servicios psiquiátricos de mente abierta: la experiencia de Trento SPDC. *La enfermera*, 2, 28-33.
- DAVÌ M. (2013). Evaluación del impacto del modelo de «puertas abiertas» en los servicios de diagnóstico y atención psiquiátrica . Editor del Centro de Documentación de Pistoia, Pistoia.
- De Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., ... Mulder, C. L. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 657.
- DE STEFANI R. (2007). La combinación de usuarios, miembros de la familia y operadores en el Servicio de Salud de Trento. *Revista experimental de Freniatria*, 2(2).
- DILLON, J. (2015). Trauma y disociación: un paradigma alternativo. Conferencia de clausura. *X Congreso de la AMSM: “Más allá de etiquetas: construir significados”*. Madrid, 13 de Marzo de 2015.
- DUNN, M., SINCLAIR, J.M., CANVIN, K.J., RUGKÅSA, J., BURNS, T. (2014). The use of leverage in community mental health: Ethical guidance for practitioners. *International Journal of Social Psychiatry*, 60: 759-765
- EMMENEGGER, T. (2016). *Freedom is a daily exercise. Psychiatry without coercion? a*

- Swiss experience. Ticino. Recuperado a partir de <http://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2016/11/Emmenegger-2016.pdf>
- FEAFES. (2009). *Propuesta de intervención terapéutica alternativa al tratamiento ambulatorio involuntario*. Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7571), 729-0.
- FULLER TORREY, E., & LAMB, R. (2010). More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States.
- GASKIN, C. J., ELSOM, S. J., & HAPPELL, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities : Review of the literature . *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303.
- GORDON, W., MORTON, T., & BROOKS, G. (2005). Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(6), 703-12.
- GOULET, M.-H., LARUE, C., & DUMAIS, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146.
- GUZMAN-PARRA, J., AGUILERA SERRANO, C., GARCÍA-SÁNCHEZ, J. A., PINO-BENÍTEZ, I., ALBA-VALLEJO, M., MORENO-KÜSTNER, B., & MAYORAL-CLERIES, F. (2016). Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(3), 233-241.
- HENDERSON, C. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Bmj*, 329(7458), 136-140.
- Kevin Ann Huckkshorn (traducido por la Escuela Andaluza de Salud publica). (2016). Seis estrategias clave para reducir el uso de las contenciones físicas y el aislamiento. *Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, II, 7-23.
- KISELY, S. R., CAMPBELL, L. A., & PRESTON, N. J. (2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004408.
- KISELY, S. R., & CAMPBELL, L. A. (2014). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. En S. R. Kisely (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD004408). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- KISELY, S. R., CAMPBELL, L. A., & O'REILLY, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004408.
- Lay, B., Blank, C., Lengler, S., Drack, T., Bleiker, M., & Rössler, W. (2015). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psychoeducation and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(3), 209-217.
- LAY, B., SALIZE, H. J., DRESSING, H., RÜSCH, N., SCHÖNENBERGER, T., BÜHLMANN, M., ... RÖSSLER, W. (2012). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient

- care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*, 12(1), 136.
- McLAUGHLIN, P., GIACCO, D., & PRIEBE, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE*, 11(12), e0168720.
- Naciones Unidas. (2006). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. New York.
- Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Ginebra.
- NASMHPD. (s. f.). Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. Recuperado a partir de [https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated Six Core Strategies Document.pdf](https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated_Six_Core_Strategies_Document.pdf)
- PALOMER, IZQUIERDO, MASFERRER, & FLORES. (2011). Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Átopos*, 11, 5-17. Recuperado a partir de [http://www.atopos.es/pdf_11/05-17_Advocacy_fomento y apoyo de la salud mental..pdf](http://www.atopos.es/pdf_11/05-17_Advocacy_fomento_y_apoyo_de_la_salud_mental..pdf)
- PAPAGEORGIOU, A., KING, M., JANMOHAMED, A., DAVIDSON, O., PAPAGEORGIOU, A., KING, M., ... DAWSON, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness : Randomised controlled trial Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 161, 513-519.
- PATERSON, B., MCINTOSH, I., WILKINSON, D., MCCOMISH, S., & SMITH, I. (2013). Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(3), 228-35.
- PRIEBE, S., BREMNER, S. A., LAUBER, C., HENDERSON, C., & BURNS, T. (2016). Financial incentives to improve adherence to antipsychotic maintenance medication in non-adherent patients: a cluster randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 20(70), 1-122.
- PRIEBE, S., FROTTIER, P., GADDINI, A., KILIAN, R., LAUBER, C., MARTÍNEZ-LEAL, R., ... WRIGHT, D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- PRIEBE, S., & TURNER, T. (2003). Reinstitutionalisation in mental health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7382), 175-6.
- PRIEBE, S., YEELES, K., BREMNER, S., LAUBER, C., ELDRIDGE, S., ASHBY, D., BURNS, T. (2013). Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347(oct07 3), f5847-f5847.
- PUTKONEN, A., KUIVALAINEN, S., LOUHERANTA, O., REPO-TIIHONEN, E., RYNNÄNEN, O.-P., KAUTIAINEN, H., & TIIHONEN, J. (2013). Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850-855.
- ROIG SALAS, A., GONZÁLEZ ALVAREZ, O., DÍEZ FERNÁNDEZ, M. E., HERNÁNDEZ MONSALVE,

- M., LEAL RUBIO, J., & SANTOS URBANEJA, F. (2012). El tratamiento ambulatorio involuntario: Historia de una obstinación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 435-440.
- RUCHLEWSKA, A., WIERDSMA, A. I., KAMPERMAN, A. M., VAN DER GAAG, M., SMULDERS, R., ROOSENSCHOON, B. J., & MULDER, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7.
- SASHIDHARAN, S. P., & SARACENO, B. (2017). Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2904
- SCANLAN, J. N. (2010). Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far a Review of the Literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- STARING, A. B. P., VAN DER GAAG, M., KOOPMANS, G. T., SELTEN, J. P., VAN BEVEREN, J. M., HENGVELD, M. W., ... MULDER, C. L. (2010). Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 448-455.
- STEADMAN, H. J., GOUNIS, K., DENNIS, D., HOPPER, K., ROCHE, B., SWARTZ, M., & ROBBINS, P. C. (2001). Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. *Psychiatric Services*, 52(3), 330-336.
- STEWART, D., VAN DER MERWE, M., BOWERS, L., SIMPSON, A., & JONES, J. (2010). A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424.
- STRAND, M., & VON HAUSWOLFF-JUHLIN, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 574-86.
- SUESS, A., TAMAYO-VELÁZQUEZ, M.A., BONO DEL TRIGO, A. (2015). Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Editor: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SUESS, A., BONO DEL TRIGO, A., IBÁÑEZ-ROJO, V., ROMERO, J., ROMERO, M.D., TAMAYO-VELÁZQUEZ, M.I., HUIZING, E. (2016). Planificación anticipada de decisiones en salud mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 129, 78-102.
- SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., ELBOGEN, E. B., VAN DORN, R. A., FERRON, J., WAGNER, H. R., ... KIM, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943-1951.
- SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., WAGNER, H. R., BURNS, B. J., & BORUM, R. (2001). A Randomized Controlled Trial of Outpatient Commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, 52(3), 325-329.
- TAMAYO-VELÁZQUEZ, M. (2017). Comunicación personal.
- THORNICROFT, G., FARRELLY, S., SZMUKLER, G., BIRCHWOOD, M., WAHEED, W., FLACH, C., ... MARSHALL, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce

- compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1634-1641.
- UNDRILL G. (2007). The risks of risk assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 291-297.
- VAN DE SANDE, R., NIJMAN, H. L. I., NOORTHOORN, E. O., WIERDSMA, A. I., HELLENDORRN, E., VAN DER STAAK, C., & MULDER, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), Vargas, A.A., Bischof, B., Persson, A., Engqvist-Jonsson, A. (2017). How to work with human right and personhood in ordinary psychosis care. En . *ISPS Conference Liverpool - Making Real Change Happen*.
- VILLAGRÁN, J. M., LARA RUIZ-GRANADOS, I., & GONZÁLEZ-SAIZ, F. (2015). Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 35(127), 455-472.
- WALDRON, D., FOOTE, G. (2017). No Force First and Least Restrictive Practice in AMH. Nottinghamshire Healthcare NHS.
- World Health Organization (2017). Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices. WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health. Geneva. (WHO/MSD/MHP/17.9)
- WIEMAN, D. A., CAMACHO-GONSALVES, T., HUCKSHORN, K. A., & LEFF, S. (2014). Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *Psychiatric Services*, 65(3), 345-351.
- WOODS, P., & ALMVIK, R. (2002). The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (412), 103-5.
- ZABALA BAÑOS, M. C. (2015). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Colección Premios Victoria Kent. Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- ZELLE, H., KEMP, K., & BONNIE, R. J. (2015). Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*, 14(3), 278-280.

Anexo 1. Cuestionario de buenas prácticas para reducir el uso de la coerción



PRÁCTICAS PARA PREVENIR INTERVENCIONES COERCITIVAS.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

1. TÍTULO

2. ÁREA PRIORITARIA A LA QUE SE DIRIGE (PUEDEN SEÑALARSE VARIAS)

TABLA 2.1.- OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE LA COERCIÓN

• PREVENCIÓN DE LA COERCIÓN FORMAL: INGRESOS INVOLUNTARIOS	
• PREVENCIÓN DE LA COERCIÓN FORMAL: CONTENCIÓN MECÁNICA Y AISLAMIENTO	
• PREVENCIÓN DE LA COERCIÓN FORMAL: MEDICACIÓN FORZADA	
• PREVENCIÓN DE LA COERCIÓN INFORMAL (ESPECIFICAR):	

TABLA 2.2.- CLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE LA COERCIÓN

• Organización del servicio	
• Promoción de la autonomía de las personas afectadas de sufrimiento psíquico	
• Voluntades anticipadas	
• Protocolos de manejo de situaciones conflictivas	
• Promoción del apoyo entre pares	
• (otros: especificar:	
• (otros: especificar:	
• (otros: especificar:	
• (otros: especificar:	

3. LUGAR

(Localidad donde se lleva a cabo la Buena práctica)



4. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre:
Profesión:
Email:
Dirección de trabajo:
Ciudad:
Teléfono:

**5. SOPORTE BIBLIOGRÁFICO DE LA BUENA PRÁCTICA (EN EL QUE SE BASA
Y/O PUBLICACIONES SOBRE LA BUENA PRÁCTICA)**

6. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

Objetivo General:

Objetivos específicos:

Impacto que se persigue:



7. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

--



8. EVALUACIONES REALIZADAS

9. PRINCIPALES RESULTADOS

10. DOCUMENTOS

Soporte documental de la buena práctica (guía clínica, proceso, protocolo, vía clínica,... registros, etc)

Fecha y firma

Anexo 2

Medidas organizativas encaminadas a la reducción de las prácticas coercitivas en una unidad de hospitalización de salud mental. José María Villagrán

La UHSM Jerez comienza su andadura en el Hospital General del SAS de Jerez de la Frontera, Cádiz en 1989 con prácticamente el mismo equipo que la componía en los años en los que estaba ubicada en el Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María. Desde sus comienzos se mantuvieron dos tipos de registro relevantes: uno de indicadores mensuales de gestión y un segundo, más informal, de incidencias recogidas por los auxiliares de enfermería (Libro de Auxiliares, LA), en el que se anotaban las contenciones mecánicas habidas y la duración de las mismas, aunque con ciertas limitaciones (p.ej., se agrupaban por turnos).

En 1995 me hice cargo de la dirección de la UHSM y uno de los principales objetivos que nos trazamos fue registrar y disminuir las medidas coercitivas en la UHSM, preferentemente las CM.

A partir de 1998 se comienza a explotar el LA, se identifican dos indicadores anuales (horas totales de CM y número de ingreso/pacientes con CM) y se establecen objetivos de disminución de la CM aunque aún sin gran elaboración.

Paulatinamente fuimos ampliando el número de indicadores recogidos (horas totales, nº pacientes CM, nº ingresos CM, turnos con CM, duración media por ingreso CM, duración media por turno CM, índice de prescripción) si bien aún el registro no era totalmente exhaustivo.

En 2003 tiene lugar el **1º hito organizativo**: se constituye la UGC SM (la primera del hospital), y se señalan como objetivos ligados a incentivos la disminución de la CM y el acompañamiento familiar durante el ingreso (aspecto en el que fuimos pioneros en España). Además, se potencian las actividades de *milieu* con un registro exhaustivo de las mismas.

En 2005 implantamos una serie de mejoras en los indicadores mensuales de gestión de la UHSM, incluyendo una relación exhaustiva de los episodios de CM con nombres y apellidos de los pacientes, duración, profesional referente y se elabora el registro de CM y la hoja multicopia incluidos en la primera versión de nuestro protocolo de CM, que incluía la revisión obligatoria de la CM por parte de profesional prescriptor en un máximo de 4 horas.

En 2007, tras un periodo de pilotaje en el año anterior, se produce el **2º hito organizativo**: la implantación del protocolo de CM con la hoja de registro propia de CM y la creación de una base de datos.

En 2011 implantamos el **3º hito organizativo**: disminución de la duración del episodio de CM sin revisión de 4 a 2 horas. Además, se produjo la publicación de una monografía sobre tratamiento farmacológico de la agitación que se difundió en seminarios y talleres entre el personal facultativo de la UGC.

En 2013 incorporamos la utilización del protocolo y bases de datos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, manteniendo las hojas de registro propias.

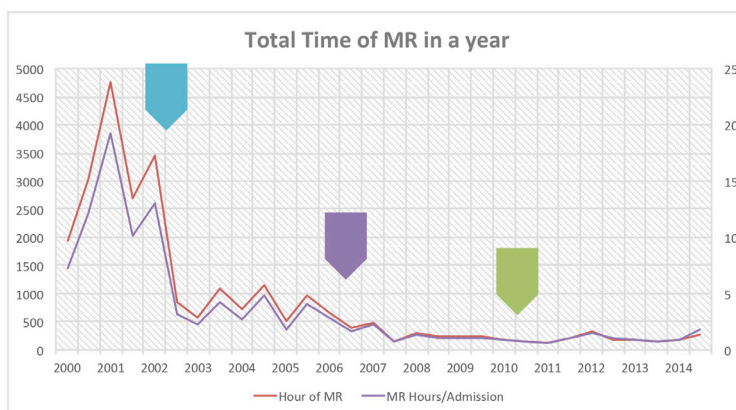
En 2015 iniciamos el **Estudio DESATA**: análisis retrospectivo de la práctica de CM en la UHSM en un periodo de 8 años (2007-2014). Las publicaciones resultantes de este estudio están siendo ultimadas.

En 2017 iniciamos la fase 2 del estudio (**Estudio DESATA2**) en el que pretendemos analizar retrospectivamente el periodo desde 1998 a 2017 (20 años). Además, iniciamos estrategias educativas complementarias a las organizativas ya implantadas mediante la organización de Talleres de técnicas de desescalada para personal de enfermería y facultativos.

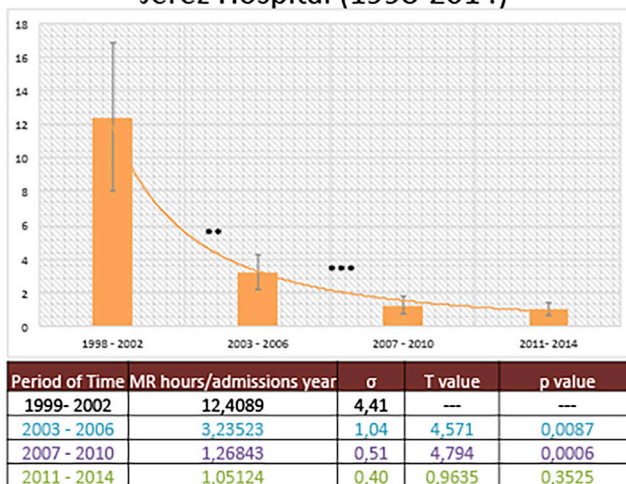
Finalmente, en 2017, se estableció como objetivo ligado a incentivos en el acuerdo de gestión de la UGC Salud Mental la disminución de la práctica de la medicación forzada. Para ello, en el segundo semestre de 2017, se implantó el registro de medicación forzada en la UHSM.

Figuras 1a y b. Influencia de los hitos organizativos en la CM en la UHSM Jerez durante el periodo 1998-2014 (la flechas gruesas indican los hitos organizativos).

Horas totales de CM/ingresos anuales

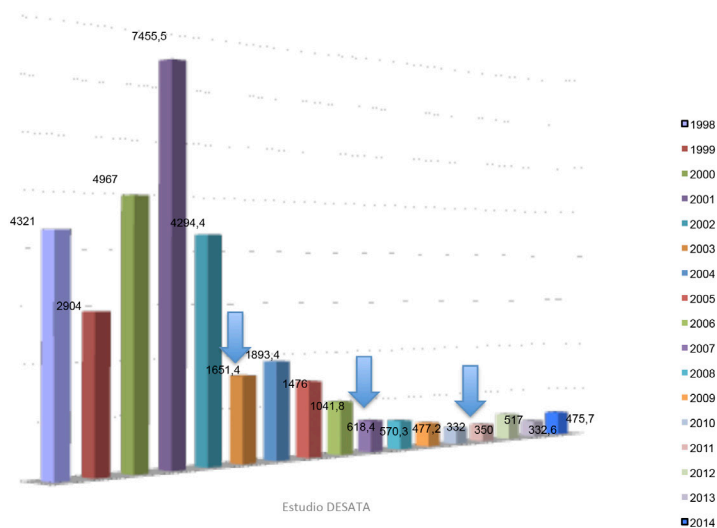


Influence of organizational changes on MR at Jerez Hospital (1998-2014)



Figuras 2a y b. Disminución de las horas totales de CM y del porcentaje de ingresos con CM en la UHSM Jerez desde 1998 al 2014 (las flechas indican los hitos organizativos).

Horas totales de contención mecánica en la USMH Jerez (1998-2014)



Porcentaje de ingresos con CM en la USMH Jerez (1998-2014)

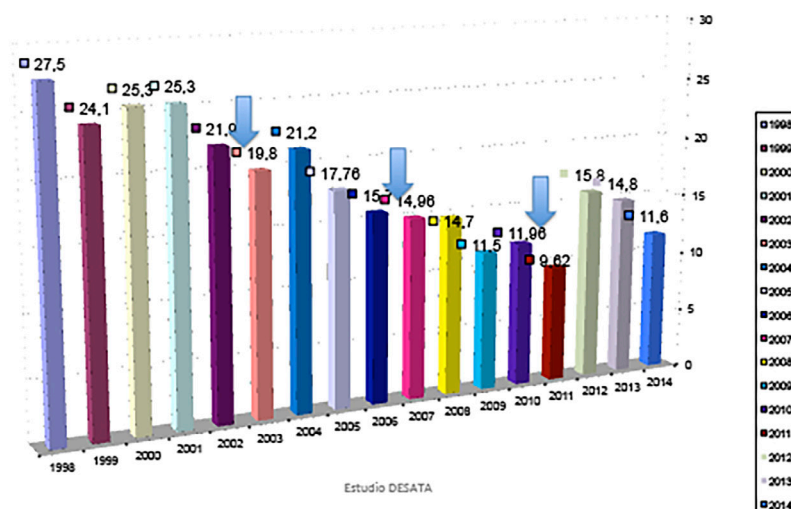


Figura 3. Disminución de la duración media (en horas) de los episodios de CM en la UHSM Jerez (2005-2014). Las flechas indican los hitos organizativos 2 y 3.

Duración media (horas) de los episodios de CM en la USMH Jerez (2005-2014)

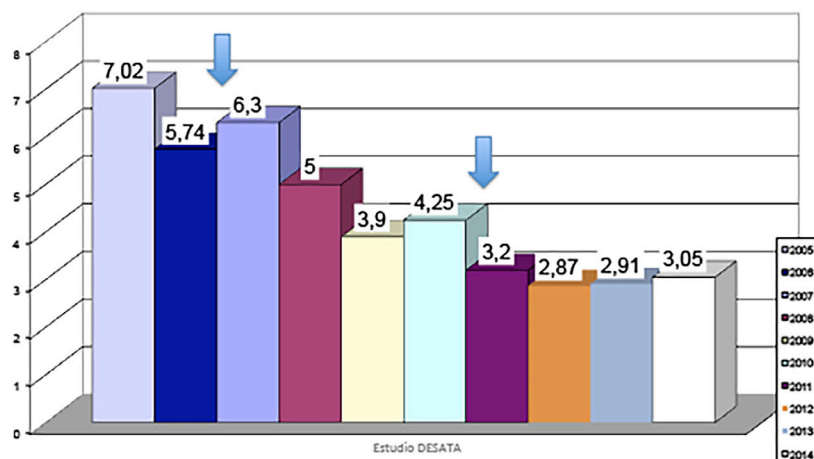


Figura 4. Disminución de la duración media (en horas) de la CM por ingreso contenido en la UHSM Jerez (1998-2014).
Las flechas indican los hitos organizativos.

Contención mecánica media por ingreso contenido (horas) en la USMH Jerez (1998-2014)

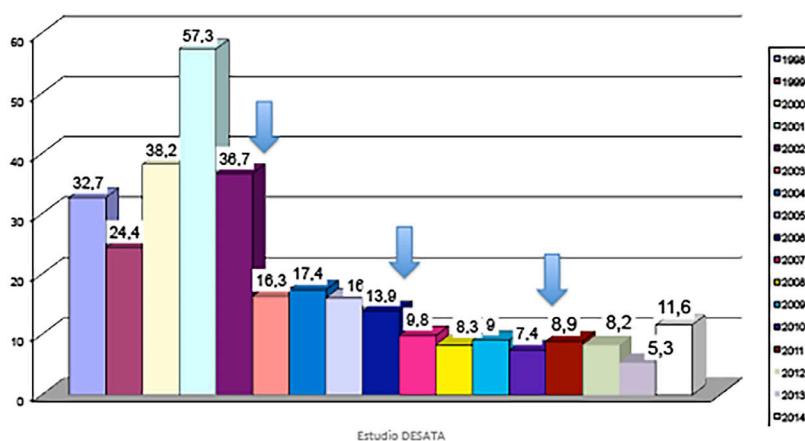


Figura 5. Comparativa entre algunos parámetros de la CM entre nuestra UHSM y otros referentes publicados.

Medidas de contención en el mundo: datos de prevalencia

País	% ingresos con CM	Duración media de la CM	Media de episodios por paciente	Episodios CM por 100.000 hab/año	Ingresos evaluados
Austria (np)	35,6	4,5 h	3,3	580	1784
Inglaterra* (np)	7,3	20 mn	4,17	77,2	1516
Finlandia	5	11,1 h	1,4	38,7	713
Alemania	8	9,8 h	4,7	314	36690
Islandia	0	0	0	0	0
Japón	4,1	68 h	1,6	16,1	46628
Holanda	1,2	1182 h	2,2	12,6	18800
Noruega	2,6	7,9 h	4,7	149,6	42911
Suiza	3,3	41,6 h	1,4	10,9	2145
Italia	11,6	13,4	4,01	61,2	4835
España (np)	13,5	16,4 h	1,4	45,2	827
Málaga	15,1	15,3 h	2	32,8	732
Jerez	12,4	8,7 h	3,6	26,9	3318

Pérez Revuelta JI, González Saiz F, Guerrero Vida R, Villagrán Moreno JM, 2016

