



Guía breve para Acabar con la Coerción y las Contención en los Servicios de Salud Mental

EMPEZAMOS

¡BIENVENIDOS!

INTRODUCCIÓN

Esta guía es la cuarta publicación de nuestra serie de guías breves: “Guía Breve para Acabar con la Coerción y las Contenciones en los Servicios de Salud Mental, sigue a la [Guía Breve sobre Medicamentos Psiquiátricos](#), la [Guía de Recuperación Personal en Salud Mental](#) y la [Guía Breve sobre el Diagnóstico Psiquiátrico](#).

Esta guía pretende ayudar a las personas que entran en contacto con el sistema de salud mental, ya sea como usuaria de los servicios o indirectamente, como amigos o familiares de los usuarios, para investigar, comprender y ser participantes activos, en lugar de ser receptores pasivos de la atención en salud mental.

Para muchas personas, la experiencia de convertirse en paciente psiquiátrico puede conllevar soledad, humillante y ser aterradora. Esto puede empeorar si el proceso es involuntario o coercitivo, lo que provoca una angustia añadida y un trauma duradero.

Desgraciadamente, la mayoría de los países todavía siguen permitiendo algún tipo de coerción y de contenciones mecánicas en los servicios de salud mental, que se creen justificadas cuando se considera que la persona es un peligro para sí misma o para los demás.

Hoy en día, las medidas coercitivas tienden a enmarcarse como de «último recurso», con directrices y formación obligatoria, pero su uso como primera respuesta o de emergencia sigue siendo generalizada e incluso aumenta en los servicios con mucha presión de trabajo

Esta guía breve tiene como finalidad, sugerir formas con las que las personas que han sufrido crisis de salud mental y quienes los apoyan, puedan hacer oír sus voces y preferencias; para tomar, así, el control de su propio cuerpo y de sus vidas.

1. ¿Qué formas adoptan la coerción y la contención?

La coerción y la contención en la práctica de la salud mental, desgraciadamente tienen una larga y oscura historia. La coerción puede implicar:

X Contención física: sujetar manualmente a una persona para impedirle o restringirle el movimiento.

X Contención mecánica: el uso de dispositivos (por ejemplo, correas, cinturones, camas jaula, etc.) para impedir o restringir el movimiento.

X Restricción química o farmacológica: el uso de fármacos sedantes para controlar o someter al individuo (por ejemplo, la sedación farmacológica de acción rápida)

X Aislamiento: confinamiento en una habitación o zona aislada de la que una persona no puede salir libremente.



LA COERCIÓN SE REFIERE A LAS FORMAS EN QUE SE INFRINGE O SE EVITA EL PRINCIPIO MÉDICO PRECEPTIVO DE EXIGIR A LA PERSONA UN CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO.

Esto puede hacerse mediante la amenaza de las consecuencias del incumplimiento, como el reingreso forzoso en el hospital o cualquier otra forma de ignorar los deseos expresos de la persona que recibe el tratamiento (por ejemplo, recibir inyecciones a la fuerza o tratamiento comunitario ambulatorio involuntario).



2. ¿Existen alternativas al uso de la coerción y la contención?

En 2017, Mental Health Europe (MHE) adoptó una posición sobre el artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en la que apoyaba la transición de todos los servicios y la legislación de salud mental hacia prácticas totalmente consensuadas, libres de coerción y sin toma de decisiones sustitutivas. Dos años después, elaboramos un informe sobre **Prácticas prometedoras en la prevención, reducción y eliminación de la coacción en toda Europa**.

Este informe ofrece una lista de alternativas a las medidas coercitivas utilizadas actualmente en los países europeos, recopilada por los miembros y socios de MHE. Se incluyen aquí algunos ejemplos para ilustrar los principios en los que se basan.

ITALIA

Unidades Psiquiátricas de Hospitales Generales SPDCs (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)

Los SPDC se crearon en 1978 durante el proceso de desinstitucionalización en Italia por la misma ley que ordenó el cierre de los hospitales psiquiátricos a nivel nacional, dando así un mensaje contundente, sobre la transición desde el centro de gravedad de los servicios del hospital a la comunidad. Y un cambio de paradigma social en vez de médico. Los SPDC son unidades psiquiátricas de los hospitales generales destinadas a acoger a personas en estado de crisis, tanto voluntarias como involuntarias, cuando el apoyo de los servicios comunitarios ha sido infructuoso.

Hay SPDC que tienen pabellones completamente abiertos y que han abandonado el uso de medidas coercitivas desde hace muchos años («SPDC sin contenciones»), mientras que otros SPDC siguen teniendo pabellones cerrados y pretenden reducir o eliminar las contenciones. Los SPDC sin medidas coercitivas se basan en una política de puertas abiertas y de respeto a los derechos, la libertad y la dignidad de las personas. El programa se basa en el diálogo y en estimular a las personas para que se responsabilicen de su propia recuperación.

Convertirse en un SPDC libre de coerciones es un proceso largo, que requiere formación y nuevas habilidades para los profesionales de la salud mental, pero también nuevas actitudes hacia las personas con problemas de salud mental en la comunidad en general. El régimen de puertas abiertas, la confianza y la cooperación con las personas, tanto dentro como fuera del hospital, son esenciales. El SPDC sin coerciones implica a una amplia red de organizaciones y servicios tanto a nivel hospitalario como comunitario; tales como las organizaciones de usuarios y familiares, las autoridades locales y los sistemas policial y judicial. Cuanto mejor organizados y coordinados estén los servicios locales, menor será la necesidad de hospitalización.

FINLANDIA

Enfoque de “Diálogo Abierto” para las crisis de psicosis aguda

Se trata de un modelo desarrollado originalmente en Finlandia en el que las decisiones sobre la atención se toman con la aportación personal del interesado, junto con las redes más amplias de su elección. El modelo de Diálogo Abierto se diseñó inicialmente como un tratamiento alternativo para evitar la hospitalización. Como tal, es menos probable que se recurra a la coerción, incluida el aislamiento y las contenciones.

El “Diálogo Abierto” se basa en el apoyo en los hogares y comunidades de las personas. El objetivo de los proveedores de servicios es facilitar la celebración periódica de «reuniones de la red de apoyo»

entre la persona y su red de apoyo cercana, elegida entre amigos, cuidadores o familiares que este elija, así como de varios miembros significativos del equipo sanitario que asistan de forma constante a esas reuniones. Se hace mucho hincapié en escuchar por igual todas las voces y perspectivas como medio y objetivo del tratamiento. Se hace, también énfasis, en que se requiere transparencia con la persona, empatía y una visión positiva de la persona en cuestión.

Todavía no se ha realizado una evaluación significativa sobre el impacto directo del “Diálogo Abierto” en el uso de la coerción, pero en Laponia, el Modelo ha sustituido por completo al uso de coercitivo de urgencia medicalizado. Los beneficios en general de un seguimiento de dos años fueron: menos hospitalizaciones, más reuniones familiares, menos medicación, menos recaídas y una mejor situación laboral.



REINO UNIDO (UK)

La iniciativa «No Force First» (“No al Uso de la Fuerza en Primer Lugar”)

Esta iniciativa pretende cambiar la cultura de las unidades de ingreso psiquiátricas para pasar de la coerción a la “Recuperación” y, en última instancia, a crear entornos libres de contención y aislamiento. Este enfoque, procedente de Estados Unidos, está siendo adoptado por algunos centros de salud mental del Reino Unido.

La idea subyacente es que «no existe la recuperación forzada». La política de: «No Force First», crea entornos libres de coerción a través de las siguientes iniciativas:

- ✓ Promover la colaboración entre los usuarios y los miembros del personal para que los ingresos en unidades psiquiátricas estén más centrados en el enfoque de la Recuperación;
- ✓ Desarrollar programas de formación en colaboración con los usuarios y promover la formación en técnicas de desescalada;

✓ Desarrollar una cultura de cooperación, en lugar de una cultura restrictiva, para reducir los incidentes de agresión, autolesión e intervención de contención;

✓ Desarrollar una comprensión más profunda de los usuarios para ver sus experiencias de una manera empática adoptando el Cuidado Informado sobre el Trauma, y trabajar juntos para construir resiliencia;

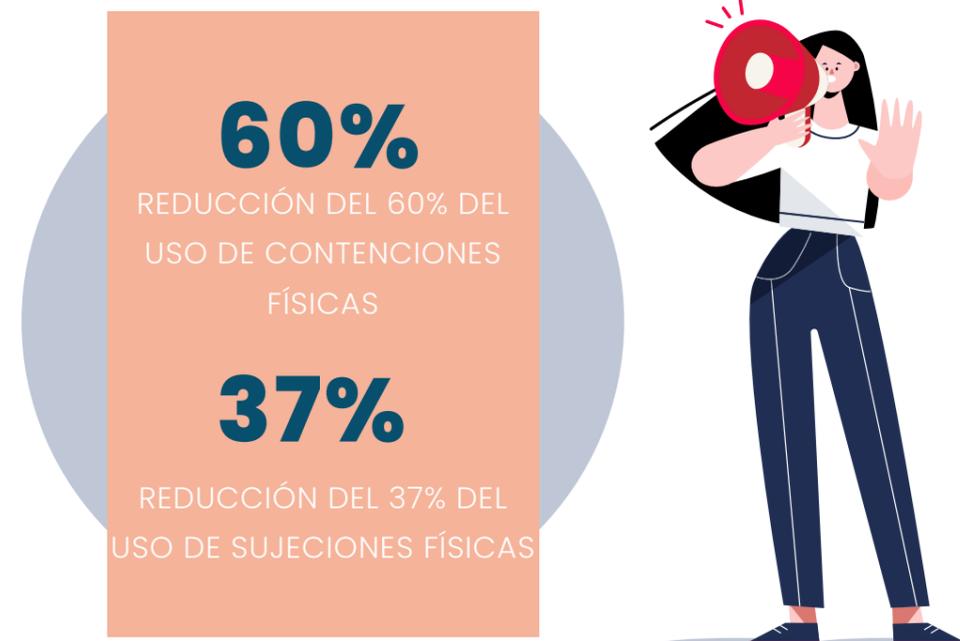
✓ incluir las experiencias de los usuarios de los servicios para implicarlos en el trabajo de coproducción;

✓ Información y sensibilización de los usuarios y familiares;

✓ Registro de datos sobre el uso de medidas coercitivas y análisis inmediato tras un incidente.

El Mersey Care NHS Foundation Trust del Reino Unido utilizó la política «No Force First» junto con otras iniciativas y registró una reducción de aproximadamente el 60% en el uso de contenciones físicas durante los dos primeros años de aplicación. A continuación, el enfoque se aplicó en todas las unidades de ingreso psiquiátricas

del Trust y, entre abril de 2016 y agosto de 2017, se produjo una reducción del 37 % en el uso de sujeciones físicas, así como una reducción de las bajas por enfermedad y de la rotación de personal.



3. Apoyo para la toma de decisiones y las Voluntades Anticipadas

Los programas descritos anteriormente tratan de cambiar la cultura de los servicios de salud mental y, en el caso de los dos primeros, la cultura de toda la comunidad y de sus instituciones, en las que están incrustados en los servicios.

Sin embargo, también es necesario proveer de apoyo al individuo para que dé a conocer sus preferencias y elecciones; y se actúe en consecuencia cuando la práctica imperante no funciona en este sentido.

Contar con una persona de confianza, un defensor “par” (persona con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial) o tener un documento de voluntades anticipadas para apoyar estas preferencias y elecciones puede ser de gran ayuda, como se ve en los siguientes programas.

SUECIA

El programa del Defensor de la Persona sueco

“Personligt Ombud Skane», PO. Defensor de la Persona Skane es un programa iniciado en 1995 por personas discapacidad psicosocial, como un «servicio controlado por el usuario con agentes personales». El propósito es facilitar la toma de decisiones de las personas con discapacidad psicosocial y en situación de vulnerabilidad, cuando se trata del apoyo que necesitan de las autoridades públicas y los servicios sociales. El Defensor Personal que atiende es un profesional altamente cualificado, normalmente un abogado o un trabajador social que trabaja únicamente para su cliente (su par), y no trabaja en alianza con los servicios psiquiátricos o sociales o cualquier otra autoridad, ni con los familiares del cliente o cualquier otra persona. El Defensor Personal dedica mucho tiempo y cuidado para generar confianza y a garantizar que estas personas

reciban la ayuda y los servicios a los que tienen derecho y que desean. Se considera un modelo apropiado para la toma de decisiones con apoyo por parte del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que el Defensor Personal permite a las personas tomar y comunicar sus decisiones relativas a asuntos personales o legales. Por ello, el Defensor Personal es una forma de limitar las prácticas coercitivas y reducir el número de crisis de salud mental.

Desde el año 2000, el sistema de OP se ha ampliado a todo el país. Aunque aún no se dispone de evidencia científica sobre su impacto en la coerción, una evaluación gubernamental que comprende cinco años de duración del programa, ha demostrado que el plan es menos costoso en términos socioeconómicos, ya que las personas con apoyo de la OP se vuelven muy pronto menos dependientes de los servicios psiquiátricos, les da más control sobre sus vidas y su situación psicosocial mejora. Por ello, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social empezó a promover la OP como una nueva profesión social y en 2013 entró en vigor una nueva regulación que estableció una financiación permanente para el sistema de OP. El sistema ha recibido un gran interés y ha inspirado servicios de en otros países.

Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental

La Planificación Anticipada, a través de la Declaración de Voluntad Anticipada, significa que una persona toma decisiones diseñadas de antemano para sí misma o para dar instrucciones a otro, especialmente para que actúe en su nombre en momentos de crisis.

La planificación anticipada puede referirse a las preferencias del tratamiento, a reportar sobre reacciones adversas a medicaciones previas, y a cualquier otra información, por ejemplo: a quién contactar o no. Puede ayudar a respetar la voluntad y las preferencias de la persona.

Un tipo formal de planificación anticipada es el acuerdo de representación, mediante el cual la persona designa a otra persona para que le asista en caso de una futura crisis. Un tipo informal de planificación anticipada es el plan de crisis conjunto, que consiste en un plan formulado por el usuario, junto con sus profesionales de salud, una persona de confianza, sus pares o sus familiares. Si el usuario lo desea o solicita. El plan contiene declaraciones anticipadas sobre las preferencias en cuanto a la atención en caso de una futura recaída.

El documento de instrucciones previas no siempre se cumple, ya que los profesionales de la salud a menudo

LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA EN SALUD MENTAL SE CONSIDERA UN MEDIO PARA REDUCIR EL INGRESO INVOLUNTARIO Y EL TRATAMIENTO FORZOSO, YA QUE LOS USUARIOS SE SIENTEN CON UN MAYOR CONTROL Y EMPODERADOS, MÁS SEGUROS SOBRE EL FUTURO Y DEL RESPETO A SUS NECESIDADES.

ignoran los deseos de su paciente en aras de su «mejor interés». Es importante recordar, sin embargo, que los usuarios de los servicios tienen el mismo derecho a cambiar de opinión que cualquier otra persona y que esto no debe utilizarse como excusa para privarles de las medidas de planificación anticipada, que, dependiendo del país, podrían ser exigibles por ley y que deben ser cumplidas por los profesionales sanitarios.

Apoyo entre Pares Intencional (IPS. Intentional Peer Support.)

El Apoyo Intencional entre Pares es una forma de pensar e invitar a la construcción de relaciones mutuas transformadoras; así como, exploratorias y a ser conscientes del propio poder. Los pares se reúnen en torno a experiencias compartidas y, a menudo, al de-

seo de cambiar sus vidas. Aprenden a utilizar las relaciones para ver las cosas desde nuevos ángulos, a desarrollar una mayor conciencia de los patrones personales y relacionales, también a apoyarse y motivarse mutuamente para probar cosas nuevas.

Entre otras cosas, el Apoyo entre Pares Intencional promueve una forma de relacionarse a través del Cuidado Informado sobre El Trauma: en lugar de preguntar «¿Qué te pasa?», la pregunta es «¿Qué te pasó?». El Apoyo entre Pares Intencional proporciona un marco poderoso para crear relaciones en las que ambas personas aprenden y crecen juntas. Así, se ofrecen oportunidades para encontrar y crear un nuevo significado a través de las relaciones y las conversaciones, lo que conduce a nuevas formas de entender la crisis. La colaboración y el poder compartido se proponen como contribución a la prevención de las intervenciones coercitivas.

El Apoyo Intencional entre Pares se desarrolló como una alternativa a las prácticas tradicionales de apoyo entre pares dentro de los servicios de salud mental. El Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría y la Red Europea de (ex)Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría lo han promovido como una buena práctica sobre «Toma de decisiones con apoyo y Alternativas a la Coerción».

4. Lo que se necesita para reducir o eliminar la coerción y la contención?

El uso de la coerción y la contención está arraigado en la cultura y los procedimientos de los servicios de salud mental y en los comunitarios. Sin embargo, no por eso dejan de estar cuestionados.

En 2019, el que fue Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud Física y Mental, Dainius Puras, hizo la innovadora propuesta de un [abordaje de, Derechos Primero](#), para contrarrestar la creciente dependencia del tratamiento forzoso en todo el mundo.

EL PRIMER PASO PARA EL CAMBIO ES EL RECONOCIMIENTO COMPARTIDO DE QUE EL TRATAMIENTO FORZOSO ES INCORRECTO Y SE REQUIERE UN COMPROMISO A NIVEL DE LIDERAZGO PARA ELIMINAR TODAS LAS FORMAS DE COERCIÓN Y CONTENCIÓN.



Las acciones incluirán:

CENTRARSE EN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

centrarse en las preferencias de los usuarios de los servicios, dedicarles más tiempo, e implicar al personal y a los pares en las iniciativas

CREAR CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL Y LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

formación del personal, pero también de las fuerzas policiales y otros funcionarios públicos, con la participación de expertos por experiencia

MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS

dedicar tiempo a mejorar la comunicación con los usuarios en el contexto de sus familias y sus redes de apoyo y centrarse en la colaboración en un enfoque basado en la Recuperación

EL ENTORNO FÍSICO SÍ IMPORTA

mejorar los entornos físicos

GARANTIZAR LA COLABORACIÓN ENTRE ORGANISMOS

La implementación de una forma de trabajo efectiva a nivel comunitario local y la colaboración entre diferentes servicios (por ejemplo, servicios sociales, autoridades sanitarias, servicios de empleo, oportunidades de ocio locales.

MONITORIZAR EL USO DE LA COERCIÓN

seguimiento y recogida de datos sobre el uso de la coerción y revisión conjunta de los incidentes para ver qué se pueda aprender.

5. ¿Qué podemos hacer como usuarios de los servicios o partidarios de los DDHH Primero?

ENCUENTRA ALIADOS

Investiga y únete a grupos locales y/o nacionales, especialmente aquellos dirigidos por personas con experiencia en primera persona, que estén comprometidos con un enfoque basado en los derechos humanos para aliviar el sufrimiento mental.

RECOGER HISTORIAS

Nada es más potente que la experiencia: compartiendo lo que ha ido mal y señalando ejemplos en los que un enfoque diferente puede funcionar mejor, tendremos dos poderosas formas para motivar para el cambio. El auge de las redes sociales ofrece herramientas para recopilar y difundir información e ideas.

RECOGER DATOS

Muchos países exigen a los servicios que recojan y publiquen datos sobre el uso de las medidas coercitivas en sus diver-

sas formas. Si se puede obtener información veraz de lo que está ocurriendo, se obtiene un punto de partida con la que se puede medir el progreso.

IDENTIFIQUE Y HABLE CON PERSONAS QUE DESEMPEÑEN FUNCIONES DE LIDERAZGO EN SU LOCALIDAD

Averigüe quién está interesado en realizar cambios, ya que pueden ser aliados, incluyendo organizaciones de profesionales de la salud, abogados, organismos de derechos humanos y responsables políticos, que estén comprometidos.

A nadie le gusta usar la fuerza, y además de ser increíblemente perjudicial para quienes la reciben, también es una causa de estrés importante para quienes sienten que deben usarla. La filosofía de: «No Force First», no sólo ha mejorado notablemente la experiencia de los pacientes, sino que también ha sido positiva para el personal.

El uso continuado de la contención forzosa y el tratamiento obligatorio es un escándalo internacional. Siempre hay alternativas posibles, y cada caso es una oportunidad para aprender sobre lo que podría haberse planeado y hecho mejor.

Únase a nosotros para cambiar nuestra cultura a otra en la que ya no sea aceptable ignorar el principio del consentimiento informado para el tratamiento y en la que la adhesión a la CDPD signifique un compromiso para respetar los derechos de las personas con discapacidad en todo momento y especialmente en los momentos de crisis.

Mental Health Europe se compromete a reducir y eliminar cualquier forma de coerción en el ámbito de la salud mental; tanto monitorizando el uso de las medidas coercitivas como fomentando las experiencias de formas alternativas.

ÚNASE A NOSOTROS PARA CAMBIAR LA CULTURA Y TRANSFORMARLA EN UNA EN LA QUE YA NO SEA ACEPTABLE IGNORAR EL PRINCIPIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO.





SOBRE MENTAL HEALTH EUROPE (MHE)

Con más de 70 organizaciones en más de 30 países, MHE es la mayor red independiente que trabaja para defender y promocionar la salud mental positiva y el bienestar, así como, para proteger los derechos de las personas con enfermedades mentales. Defendemos continuamente la inclusión social, la desinstitucionalización y el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Sensibilizamos para acabar con el estigma y la discriminación de la salud mental en toda Europa.

Para más información, consulte:



El trabajo de Mental Health Europe cuenta con el apoyo de la Comisión Europea a través del Programa de Derechos, Igualdad y Ciudadanía. La información contenida en este documento no refleja necesariamente la posición o dictamen de la Comisión Europea.

El trabajo de Mental Health Europe está apoyado en parte por una subvención de Open Society Foundation Institute en cooperación con el Programa de Salud Pública de Open Society Foundations.