Cuidar sin atar.

Experiencias internacionales de atención a la salud mental libres de contención mecánica.

Autoría:
Ana Carralero Montero[a], Francisco Eiroa-Orosa[b], Beatriz Pérez Pérez[c,d], Marta Plaza Fernández[e], Raquel Ruiz-Íñiguez[f], Hernán María Sampietro[b,d]

a. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá (UAH). CSM San Blas.
b. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona (UB).
c. Beca'ria Doctoral FPU por el MECD en la UAB.
d. ActivaMent Catalunya Associació.
e. Colectivo InsPIRADAS. Colectivo Locomún.
f. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

marta.plaza.fdez@gmail.com

Introducción.
La contención mecánica es una práctica coercitiva extendida en los entornos asistenciales del Estado español. Pese a que no hay información transparente ni existen registros comunes sobre su implementación[1], sí hay consenso sobre su integración como práctica habitual en los contextos de atención a la salud mental[2]. Aunque la narrativa dominante de los y las profesionales naturaliza y justifica su uso como "inevitable"[3], los organismos internacionales de Derechos Humanos alertan de que, independientemente de su duración, constituye un trato cruel, inhumano y degradante que puede llegar al rango de tortura[4]. El Estado español, habiendo ratificado la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad[5], y en virtud del artículo 93 de su Constitución[6], está obligado a eliminar y prohibir esta práctica[7]. Conocer experiencias de recursos que brindan cuidados de salud mental libres de contención mecánica puede servir de guía, constituyendo una referencia replicable en nuestro territorio para caminar hacia una atención respetuosa.

Objetivos.
Recopilar y sintetizar gráficamente modelos de atención a la salud mental libres de contención mecánica.

Metodología.
Se realizó una revisión que abarcó tanto artículos científicos como literatura gris. Se contactó con los centros cuando fue necesario recabar más información. Se seleccionó material en inglés, castellano e italiano sobre experiencias de atención que hubieran llegado a la total eliminación de las contenciones mecánicas durante al menos un año consecutivo y que no implicasen un incremento de otros tipos de contención (física, química o aislamiento).

Resultados.
Se resumen las medidas agrupadas por países, especificando:

U. **Unidades.**
N. **Número de camas o personas atendidas.**
T. **Periodo libre de contención informado.**

Estados Unidos

Arizona[8] (AR)

U. **Unidad atención en crisis.**
N. **288 ingresos/mes.**
T. **25 meses.**

Disminuyeron el aislamiento y las lesiones al personal. La contención química se usó en el 0,45% de las personas.

Connecticut[9] (CN)

U. **Unidad infanto-juvenil *Albert J. Solnit Children's Center.***
N. **52 camas.**
T. **2 años.**

El aislamiento fue reducido significativamente.

Pensilvania[10] (PN)

U. **6 unidades civiles, 2 penitenciarias, 1 larga estancia, 1 penitenciaria para menores.**
N. **1507 personas en sept 19.**
T. **6 años y 2 meses.**

Se eliminaron las prescripciones de medicación PRN ("si precisa"), la contención química y el aislamiento.

Australia[11] (AUS)

U. **92 unidades de hospitalización.**
N. **5178 camas.**
T. **De 2 a 5 años, según unidades.**

El aislamiento se redujo.

Suiza[12] (SZ)

U. **Mendrisio. *Clinica psichiatrica cantonale.***
N. **140 camas.**
T. **6 años.**

Unidad de puertas abiertas, sin salas de aislamiento, se ha eliminado la contención física, disminución de los accidentes laborales graves y la medicación forzosa.

Italia[13,14] (IT)

U. **26 Centros de atención SPDC *(Servizi Psichiatrico di Diagnosi e Cura).***
N. **292 camas.**
T. **De 1 a 15 años según unidades.**

Varios SPDC con puertas abiertas.

España (ES)

U. **Sant Boi de Llobregat. Unidad de subagudos Parc Sanitari Sant Joan de Déu.**
N. **27 camas.**
T. **17 meses.**

Reducción del aislamiento y la contención química.

Qué facilita la eliminación de las contenciones mecánicas.

Cambios en la gestión: implicación de los responsables del centro o unidad **AR, AUS, CN, SZ**; cambios en las políticas, guías y protocolos **AR, AUS, PN, SZ**; inclusión de actitudes y valores en la evaluación del desempeño **AUS**; acciones de motivación al trabajador **IT**.

Cambios en la atención: atención centrada en la persona **AR, CN, ES, IT, SZ**; atención basada en la recuperación **AR, AUS, SZ**; atención con conciencia del trauma **AUS, CN, IT, SZ**; atención basada en fortalezas **CN**; atención centrada en los cuidados intensivos **SZ**; atención basada en la relación **ES, IT, SZ**; atención con enfoque dialógico **SZ**; atención orientada a las buenas prácticas **IT**; atención culturalmente apropiada **AUS**; implementar un programa de seguridad de la persona atendida basado en la evidencia **AUS**; construcción de un entorno terapéutico **AUS**; apertura de puertas **IT**.

Formación del personal **AR, AUS, CN, ES, IT, PN, SZ**; formación en intervenciones en situaciones de riesgo **CN, ES, IT**.

Uso de la información: recogida sistemática de información **AUS, CN, IT, PN, SZ**; información periódica al personal sobre el proceso **AR**; difusión de los datos al público general **AUS, PN**.

Supervisión: supervisión clínica a todo el personal **AUS**; espacios para compartir las ansiedades del equipo **SZ**.

Sesiones de *debriefing* con las personas atendidas **AR, CN**.

Participación de las personas atendidas y sus familiares/cuidadores: visitas en la unidad de vínculos afectivos sin restricción de horario **CN**; participación en la planificación de la atención **AUS, IT, PN**; inclusión en la toma de decisiones del servicio de salud **AUS, CN**.

Cambios en los equipos: equipos de respuesta para intervenciones en crisis **PN, SZ**; inclusión de *peers* como personal laboral **AR, AUS, IT**; o *peers* como voluntariado **ES, IT**; aumento del personal **SZ**.

Conclusiones.
Los centros de atención a la salud mental libres de contención mecánica son iniciativas prometedoras que constituyen un desafío al *statu quo*[15], así como una prueba de que es posible cuidar sin atar. Dada la falta de evidencia sobre su utilidad clínica y la evidencia existente sobre los daños que produce[16], la contención mecánica puede considerarse una medida antiterapéutica y iatrogénica, que no puede justificarse en base a criterios de atención a la salud. La eliminación de la contención mecánica en los entornos de atención a la salud mental es un imperativo clínico, legal y ético inaplazable.

Referencias.
1. Nocete Navarro L, Carballeira Carrera L, López Álvarez I, Cocho Santalla C, Fernández Liria A. Percepciones y actitudes (...) contención mecánica. En: Beviá Febrer B, Bono del Trigo A, coords. Cuaderno Técnico "Coerción (...) salud mental". Madrid: AEN; 2017. p. 109-167. 2. Inchauspe Aróstegui JA, Valverde Eizaguirre M. La coerción (...) situación. En: Beviá Febrer B, Bono del Trigo A, coords. Cuaderno Técnico "Coerción (...) salud mental". Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2017. p. 13–90. 3. Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, López Álvarez I, Carballeira Carrera L, Fernández Liria A. Experiencia y actitudes (...) de estudios cualitativos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2018;38(134). 4. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator (...) crueles, inhumanos o degradantes*, 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/25/53. 5. Naciones Unidas, Asamblea General. "Convención (...) Personas con Discapacidad", HR/P/PT/15. 6. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, p. 29313- 29424. 7. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Observaciones finales (...) Personas con Discapacidad; 2019. CRPD/C/ESP/CO/2-3 8. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint (...) Services. Psychiatr Serv. 2008; 59(10): 1199-1202. 9. Caldwell B, Albert C, Azeem MW, Beck S, Cocoros D, Cocoros T, et al. Successful (...) programs. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2014; 52(11):30–8. 10. Sterner C. Pennsylvania State (...) Report. Sept 2019. Pennsylvania, US: Department of Human Services; 2019. 11. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Mental health services in Australia [Internet]. Canberra: AIHW, 2019 [acceso 15 de enero de 2020]. Disponible en: http://bit.ly/cont_aus. 12. Emmenegger T. Institution, coercion and trauma (...) psychiatry? En: Good practice services: promoting human rights & recovery in mental health. Trieste: International School Franca e Franco Basaglia – The Practice of freedom; 2019 13. Romero, G. La mappa degli Spdc No Restraint [Internet]. E tu slegalo subito; 2017. [acceso 13 de enero de 2019]. Disponible en: http://bit.ly/cont_it_1.14. Associazione Club SPDC no restraint. Eliminare la contenzione (...) si può En: VIII Congresso Nazionale del SPDC No Restraint.. Foggia, Italia: URP Azienda Sanitaria Locale Foggia; 2015. 15. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator (...) salud física y mental,* 28 de marzo de 2017. A/HRC/35/21.16. Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint (...) illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163.

Siglo XXI: La Salud Mental es un Derecho "Hacia una Salud Mental con derechos". Tudela; 17 de enero de 2020.