

¿ES POSIBLE CUIDAR SIN CONTENCIÓN MECÁNICA?

ALTERNATIVAS AL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Hernán María Sampietro. ActivaMent Catalunya Associació (Barcelona). Raquel Ruiz Íñiguez. Hospital de Día de Adultos Mancha Centro (Alcázar de San Juan). Francisco Eiroa-Orosa. Universitat de Barcelona (Barcelona). Ana Carralero Montero. Centro de Salud Mental San Blas (Madrid). Eduardo Muñoz Lobo. (Madrid). Contacto: a.carralero@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La contención mecánica es un tipo de intervención restrictiva en el que se utiliza un artefacto para prevenir, contener o reprimir el movimiento de parte o la totalidad del cuerpo de una persona, con el propósito principal de controlar su conducta. Esta práctica, además de angustiante, es peligrosa. El daño emocional es costoso, traumatizante y puede durar toda la vida¹, además del riesgo vital que supone.

En nuestro país se utiliza ampliamente, llegando a denominarse "Inmovilización Terapéutica"³, a pesar de que su utilidad no ha podido ser probada hasta el momento⁴ y de que la Organización de Naciones Unidas⁵ la califica como un trato inhumano y degradante. En muchos países, desde hace años, se llevan a cabo propuestas para eliminarla o reducir su aplicación².

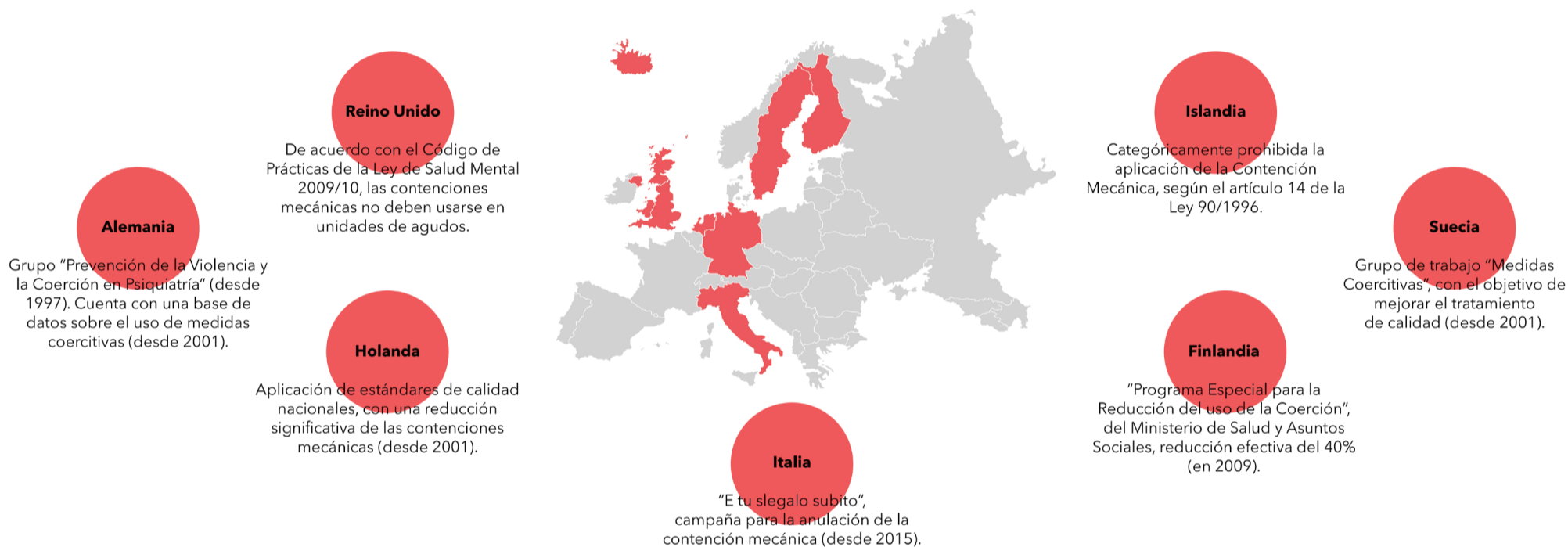
OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es exponer algunas alternativas al uso de la contención mecánica que se están implementando en Europa.

METODOLOGÍA

Estudio del estado del arte sobre trabajos realizados en distintos países europeos que analizan las estrategias para eliminar o reducir el uso de las contenciones mecánicas.

SITUACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EUROPA^{2,6}



9 REQUISITOS PARA REDUCIR LA CONTENCIÓN MECÁNICA⁷⁻⁹

- Cambios en las políticas y la legislación**
Política de Recuperación, no de "estabilización". Incremento del control legal sobre las de medidas coercitivas. Designación de un defensor independiente de los derechos de los pacientes.
- Apoyo gubernamental**
Para la aplicación de las políticas no coercitivas, en todos los niveles (control de cumplimiento, formación profesional, incluyendo en plantilla a expertos con experiencia en 1ª persona, etc.).
- Compromiso de los titulares de obligaciones y servicios**
Comprometiendo a los gestores de los servicios de salud mental, a quienes están en posiciones clave en el gobierno, a los organismos reguladores y otras partes interesadas.
- Cambios en el personal de atención**
Cambiando la estructura y los roles del personal, incrementando el ratio por paciente, con equipos para la resolución de crisis sin coerción, en concordancia con la Política de la Recuperación.
- Implicación del movimiento asociativo en 1ª persona y el de familiares**
Contando con su participación para la planificación de las políticas sanitarias, en el desarrollo de estrategias de manejo de las crisis, como parte de los equipos de atención, en los mecanismos de control de las intervenciones, en la educación de otros titulares de derecho, etc.
- Capacitación y Educación del Personal**
Una formación orientada a producir cambios en las actitudes y prejuicios, aprendiendo alternativas a la coerción desde un nuevo modelo de cuidado, basado en la atención a una persona y no en la respuesta a un problema.
- Registro y supervisión de los episodios de contención y aislamiento**
Identificando los patrones generales de actuación y haciendo una evaluación comparativa, para reconocer dónde hace falta formación o cuáles son las unidades y el personal que reducen efectivamente las intervenciones coercitivas.
- Indagación y revisión de los procedimientos**
Estableciendo un comité de revisión, independiente y con los titulares de derecho, encargado analizar los episodios de intervenciones coercitivas en detalle, para recomendar medidas de prevención de la coerción.
- Uso racional de la medicación**
El uso de la medicación no debe ser contrario al modelo de la recuperación, incluyendo: la medicación forzosa, la sobremedicación y la exclusión de prestaciones ante la negativa al tratamiento farmacológico. La persona ha de participar en la toma de decisiones del mismo.

CONCLUSIONES

Existen alternativas a la contención mecánica en la atención en las unidades de hospitalización.

En muchos países de nuestro entorno, las alternativas han contado con un marco legal de referencia que limita o prohíbe el uso de las contenciones mecánicas. En el estado español no existe una ley específica de salud mental ni medidas de control al uso de la contención mecánica en el ordenamiento jurídico.

En los países donde se han puesto en marcha estas alternativas, los movimientos de expertos en primera persona han formado parte del proceso legislativo y regulador.

Las experiencias llevadas a cabo en otros países nos enseñan que las intervenciones coercitivas en psiquiatría, incluida la contención mecánica, no son necesarias ni recomendables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mind. Restraint in mental health services. What the guidance says. Inglaterra: Mind; 2015.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals a literature review and survey international trends. Soc Psychiat Epidemiol. 2010; 45(9):889-97.
- Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Asamblea General de Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos, A/HRC/22/53, (1 febrero 2013).
- Caminero Luna P, Castelo Sardina C (coord.). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid; 2010.
- Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163.
- del Giudice G. E tu slegalo subito. Sulla Contenzione un psichiatria. Merano: Alpha Beta Verlag; 2015.
- Ashcraft L, Bloss M, Anthony W. The development and implementation of "No Force First" as a best practice. Psychiatr Serv. 2012; 63(5): 415-417.
- Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion/restraint in recovery oriented crisis services. Psychiatr Serv. 2008; 59: 1198-1202.
- Mental Health Commission (MHC). Seclusion and Physical Restraint Reduction Knowledge Review and Draft Strategy [monografía en internet]. Irlanda: MHC; 2012 [19/02/2016]. Disponible en: http://www.mhcirl.ie/File/SecandPPR_KnowRev.pdf