
“Coerción y salud mental, revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental”

Conceptos, procesos, situación actual, futuro...

XXVII CONGRESO AEN-PSM

Córdoba 8 de Junio de 2018

J. A. Inchauspe/Mikel Valverde

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Relevancia de la coerción en salud mental (1)

Es muy frecuente: ingresos involuntarios, contención física, aislamiento, medicación forzosa, presiones diversas...

Se extiende más allá de las unidades psiquiátricas de agudos: a la psiquiatría extrahospitalaria, a unidades residenciales o de larga estancia, unidades psiquiátricas penitenciarias, residencias de ancianos, discapacitados, hogares juveniles, hospitales generales...

Existe legislación específica para usuarios de Salud Mental que la respalda y que va en aumento. Tratamiento ambulatorio involuntario.

La preocupación ética en la práctica clínica está cada vez más presente: consentimiento informado, directrices anticipadas, actitud de los profesionales respecto a la coerción, guías clínicas en situaciones de crisis, investigación en pacientes obligados al tratamiento...

La coerción conforma buena parte de la opinión pública acerca de la psiquiatría y el estigma asociado al trastorno mental.

Llama la atención a los defensores de los derechos humanos y sus asociaciones. La crítica a la asistencia en Salud Mental se centra cada vez más en los derechos de la personas usuarias.

Relevancia de la coerción en salud mental (2)

Puede constituir un eje central en la relación paciente profesional.

La experiencia subjetiva de la coerción y sus resultados en términos de adherencia al tratamiento y efectividad son, en sí mismos, áreas relevantes de interés científico.

Es un tema de debate, controversia y disputa en el seno de las asociaciones científicas y profesionales, entre estas, y entre las asociaciones profesionales y las de usuarios.

El desarrollo y análisis de estrategias para reducir la coerción es relevante en la clínica e investigación actuales.

Sin embargo pueden escribirse planes de salud mental con cientos de páginas sin mencionar una sola vez las palabras coerción o coacción, sin diagnóstico de situación y sin acciones ni líneas estratégicas para reducirlas p.ej. La estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016...

CONCEPTOS EN TORNO A LA COERCIÓN

Cuando se presiona a alguien para forzar su voluntad o su conducta la lesión a los derechos ciudadanos no está lejos.

Dos perspectivas asimétricas:

La de los agentes técnicos que la ejercen y los medios que utilizan.

La de quien la recibe, cómo la percibe y cómo responde a ella.

Quien la ejerce: perspectiva objetivista. Conseguir un bien superior, facilitar un tratamiento indispensable, obtener la adhesión al mismo... partiendo de la falta de autonomía de la persona.

Quien la padece: perspectiva subjetivista. Es la valoración de quien se siente coaccionado. Puede percibir coacción sin que "objetivamente" se haya dado, por su propia visión y sufrimiento que no coinciden con la del profesional que activa la coerción.

Distinguir amenazas de ofertas es muchas veces una perspectiva ajena a la del usuario.

Lo es más, rizando el rizo, el distinguir amenazas coercitivas (p.ej. ingreso si no se cumple el tratamiento involuntario) de otras que "expanden la capacidad de elección" (p.ej. medida de seguridad de tratamiento ambulatorio para quien debería cumplir cárcel por haber cometido un delito)

Lo subjetivo depende de la cultura y los valores de cada persona.

Función social de la psiquiatría.

Coerción y gestión del riesgo en Salud Mental (1)

Dos movimientos divergentes en Salud Mental:

Se refuerza, al menos declarativamente, el respeto a la autonomía y los derechos de las personas, intentando definir y limitar las medidas coercitivas.

La preocupación securitaria lleva a una judicialización de los trastornos mentales, sobre todo si van acompañados de problemas de conducta o actos delictivos.

Se hace hincapié en la gestión del riesgo social, bajo la forma de protección de uno mismo y/o de otros.

Se le añade la gestión del riesgo del propio trastorno, y el deterioro que se le atribuye si no se trata (modelo tóxico de las recaídas en el Trastorno Bipolar y la esquizofrenia)

Se considera que el riesgo es previsible y cuantificable aplicando el conocimiento técnico actual y que determinados tratamientos lo reducen "lo esquizofrénicos son gente pacífica cuando están bien tratados"

Las medidas coercitivas llegan a considerarse como actividades preventivas, incluso clínicamente. Se permite la detención preventiva y el ingreso antes de que se haya cometido un delito o una amenaza; se propone el tratamiento involuntario para prevenir las recaídas y el deterioro que se les atribuye.

Se invierte a los servicios y técnicos de autoridad para reclamar y activar prácticas coercitivas.

Función social de la psiquiatría

Coerción y gestión del riesgo en Salud Mental (2)

Los técnicos no se hacen de rogar: ingresos involuntarios, tratamiento obligatorio, programas de adherencia terapéutica... en nombre de la seguridad en el sentido amplio. Seguridad para terceros y para el propio paciente... pero también para asegurar una evolución favorable de la enfermedad .

Se asume que los tratamientos ambulatorios compulsivos son una extensión del ingreso involuntario. Quien puede lo más, puede lo menos.

Las medidas menos extremas parecen más justificables “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”

El debate científico sobre si el riesgo puede ser tasado y conjurado aplicando ciertas medidas, cuáles son estas, o si la coerción mejora la recuperación o si la interfiere pierde trascendencia. Se diluye en la práctica cotidiana que integra la coerción con toda naturalidad y que pide que se refuerce. Como ejemplo, la solicitud recurrente de introducir el Tratamiento Ambulatorio Involuntario en España.

Función social de la psiquiatría

Coerción y gestión del riesgo en Salud Mental (3)

Va más allá de la gestión del riesgo.

No hace falta 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 se retire a la persona de la mirada pública**. Engarza con los orígenes de la psiquiatría, el asilo y la reclusión.

Retirar del espacio público y privado la irracionalidad, un muestrario amplio de conductas molestas de todo tipo, forma parte de las funciones asistenciales de **Salud Mental**. Es particularmente conflictiva e incómoda para los profesionales y la organización.

La percepción social tiende a no distinguir entre lo molesto y lo riesgoso, como si fuera un continuo, cuando está implicada la irracionalidad.

Se apela de la misma forma al profesional y el modelo es el mismo: la intervención terapéutica, basada en la secuencia de diagnóstico e indicación clínica, y la aplicación de una legislación específica.

¿Qué hay en el campo asistencial en salud mental que conduce a la coerción?

Ensayar curas de alto riesgo o imponer la coerción se asocia al impacto, la angustia, el pavor, la incompreensión... que la locura produce en las personas que están en contacto con ella, incluidos los profesionales.

La incompreensión parece ser el factor más importante para poner distancias. "La comunicación inadecuada puede provocar o agravar situaciones críticas que contribuyen a las medidas coercitivas"

Se impone la necesidad de hacer algo. Cualquier teoría sobre lo que es la locura puede resultar bienvenida y dar paso a las actividades que sugiere por muy riesgosas, crueles y/o peregrinas que sean: lobotomía, shocks físicos y químicos, extirpación de partes del cuerpo, eugenesia, eutanasia...

Pero para hacer ciertas cosas es crucial la percepción de que la persona bajo la locura pierde su humanidad, su ser persona. Cuando las sociedades disponen de teorías más integradoras, sea cual fuere su fundamento, científico o no, no se provoca pavor en el entorno ni la coerción es ineludible.

¿Es integradora la actual corriente dominante en la asistencia de Salud Mental?

Cuando se considera que la locura está determinada por algún tipo de desajuste biológico, y la intensidad de este desajuste se manifiesta en la intensidad de la locura, se deshumaniza y se cosifica al afectado. En el modelo biomédico el "psicótico raso" asusta.

La concepción etiológica desplaza la observación de las personas afectadas y su relato. El peso de constructos etiológicos hipotéticos, o incluso especulativos, puede ser determinante a la hora de proponer modelos de intervención. La hipótesis neurotóxica de la psicosis, o la de la duración de la psicosis no tratada (DUP), se han esgrimido para justificar el tratamiento medicamentoso involuntario y cambios legislativos que lo permitan.

Las teorías simples se imponen. Las de la corriente dominante lo son: remiten a término a la biología. Si el clínico cree que la persona padece una depresión "endógena" no pregunta más sobre lo que le ha ocurrido, su estado existe al margen del contexto vivencial. Lo fundamental es producto de un cerebro enfermo, un desequilibrio de neurotransmisores que necesita corregirse.

Si el tratamiento va bien se debe a la intervención biológica. En el caso de que vaya mal es que los pacientes no usan adecuadamente la medicación y la abandonan.

Los procedimientos coercitivos son bienvenidos para asegurar la adherencia.

Si bajo las mejores condiciones no se tiene éxito, se atribuye el fracaso a la propia enfermedad que no se ha tratado a tiempo, ha progresado demasiado, o es "resistente al tratamiento" por tener una condición biológica diferente.

Coerción y clínica

Falta de conciencia de enfermedad (1)

Para la coerción la diferencia la marca a menudo un diagnóstico (esquizofrenia, psicosis, otros Trastornos Mentales Graves...). Los antipsicóticos son los únicos psicótropos que se llegan a administrar por orden judicial.

Lo hace mediante el concepto de falta de conciencia de enfermedad. Es el predictor más importante (más que la sintomatología o variables sociodemográficas) tanto del tratamiento involuntario como de la incapacidad mental.

Es un concepto transversal. Lo comparten diversas orientaciones clínicas (no hace falta ser biologicista) y está presente en todos los dispositivos asistenciales de salud mental.

Parte de la psicosis (se asocia a la idea de que delirios y alucinaciones no tienen sentido pero encaminan a la gente a errores graves y peligrosos) pero se extiende a otras condiciones psiquiátricas (manía, otros trastornos afectivos, retraso mental, anorexia, uso de sustancias... hasta el TDAH y las fobias).

Limita la autonomía del sujeto pero también constriñe la orientación clínica (no se habla del sufrimiento desde la perspectiva de quien lo padece; junto con los síntomas se bloquea el propio discurso del paciente y a la propia persona como interlocutor; en los casos más graves, psicosis, se considera que la persona está "colonizada" por la enfermedad)

Coerción y clínica actual en salud mental

Falta de conciencia de enfermedad (2)

Se identifica el rechazo del tratamiento con la falta de conciencia de enfermedad. Se trata de un deslizamiento lógico desde la incorrecta atribución y descripción de su situación por parte del paciente a considerar mala su comprensión del tratamiento que se le propone y negarse a aceptar su rechazo

Al contrario, si se acepta el tratamiento se da por sentado la conciencia de enfermedad. Es alta la frecuencia de la incapacidad en pacientes psiquiátricos que ingresan voluntariamente.

La contraparte de la falta de conciencia de enfermedad es la llamada "psicoeducación". Puede ser tan descalificadora, invalidante y deshumanizadora como la primera.

Son muchos los motivos objetivos que justifican que se rechace determinado abordaje terapéutico y se prefieran otros.

Por ejemplo, el trabajo de campo entre usuarios diagnosticados de psicosis no afectivas y el uso de antipsicóticos muestra que:

- La valoración global, y su impacto sobre el día a día, es el principal predictor respecto a la continuidad o no de su toma y no el insight-conciencia de enfermedad o los conocimientos y creencias respecto a los antipsicóticos o las modalidades del tratamiento (retard, coerción...)
- La toma de decisión respecto a continuar o interrumpir la toma de antipsicóticos refleja una "evaluación razonada" de los pros y contras, costes y beneficios de su impacto sobre la vida diaria y sus exigencias, prioridades, sistema de valores y objetivos personales. Un buen % de quienes valoran positivamente su uso informan de intentos de interrumpir la medicación. Valoran otras cosas aparte de la sintomatología cero.
- Es una toma de decisión que permanece en el tiempo. Quienes interrumpen la medicación informan a menudo de más de un intento, hasta en un 68,3%, y en ocasiones múltiples intentos, en un 5,7% 10 intentos o más.
- **Estamos muy lejos de la irracionalidad.**

Prácticas coercitivas en Salud Mental. Naturaleza y frecuencia (1)

Existe muy poca información acerca de la frecuencia de las prácticas coercitivas. No se recoge. Se sabe que es frecuente, tiene carácter estructural, la tendencia es al alza, y que la legislación que la ampara está en expansión (tratamiento ambulatorio involuntario)

Está constituida por una amplia gama de intervenciones que van desde la autonomía plena hasta la coerción formal, regulada por la ley.

Coerción informal. Diversas "palancas" en una jerarquía de menos a más: convicción, persuasión, presiones profesionales basadas en la dependencia del paciente respecto al clínico (expectativas, decepción), incentivos (do ut des) campo en el que la transición entre ofertas y amenazas es poco clara...

Coerción formal. Tratamiento ambulatorio involuntario e ingreso involuntario predictor de un "uso intensivo de intervenciones coercitivas": tratamiento obligatorio y medidas sin un objetivo primario terapéutico: separación (unidades con puertas cerradas, aislamiento, aislamiento en áreas amplias, ubicación en zonas alejadas) y contención mecánica (correas, contención física o "holding", camisas de fuerza, camas o sillas de ruedas con barrotes, camas jaula o nido, envoltorios húmedos...)

El tipo de medida y su frecuencia varía mucho según la tradición de cada país, incluso entre países de cultura similar. Algunas que se consideran menos restrictivas en unos se consideran inhumanas e inaceptables en otros. Las hay, incluso, que en unos se consideran buenas prácticas y en otras coerción.

Prácticas coercitivas en Salud Mental. Naturaleza y frecuencia (2)

Están sujetas a cambios y modas. La ciencia brilla por su ausencia.

Hay diferencias de género (del paciente) en su aplicación tanto en modalidades como en frecuencia (umbral más alto para mujeres) Los prejuicios se imponen.

Existe un "efecto centro" en el que los factores locales y la tradición son muy influyentes. Lo decisivo es la tradición de cada país, región y unidad en concreto, y no la clínica del paciente, ni las variables organizativas generales del sistema de salud mental, ni siquiera la legislación al respecto.

No está clara la relación entre abundancia o carencia en medios materiales y humanos de las unidades en este "efecto centro".

Los liderazgos, la formación de los recursos humanos y su organización, la dinámica del equipo, la estructuración de la unidad, el burnout... parecen cruciales.

Es especial el caso de los pacientes psiquiátricos en régimen penitenciario: la coerción forma parte integral de la práctica.

Efectividad de las prácticas coercitivas

Parece inmoral debatir la coerción en términos de eficacia. No obstante, es lo mínimo monitorizar sus efectos y cómo impacta en el tratamiento y la vida de las personas.

No hay un solo estudio experimental o cuasi experimental sobre efectividad de la coerción informal, solo valoraciones subjetivas. Los profesionales la encuentran efectiva, los usuarios una zona oscura.

Los 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.

Varía incluso la lectura de los resultados de los mismos estudios, p.ej. entre las asociaciones americanas de defensa de usuarios (*advocacy*), en contra, y las de familiares, a favor.

Considerando tanto la coerción formal como la informal, los estudios sugieren que el beneficio posible, en salud pública y coste-beneficio, es desconocido y que la posible mejoría clínica es demasiado pequeña para compensar la experiencia negativa de la coerción, muy traumática en alguna de sus aplicaciones.

El daño que puede producir la coerción a largo plazo en el proceso de recuperación no es fácil de determinar. No parece que ninguna de las ayudas mejore con ella.

No obstante, se defienden, p.ej. las hospitalizaciones involuntarias, argumentando que su función no es la mejoría clínica sino la disminución del riesgo auto y heteroagresivo.

No existen estudios que comparen entre sí las intervenciones más invasivas usadas en las hospitalizaciones, aislamiento, contención física, holding... (en términos de seguridad, daño físico, secuelas psicológicas...)

Corrigiendo la coerción

En la informal, se han propuesto maneras de “regular” las amenazas: que sean transparentes y de “buena fe”, **que el amenazador esté realmente amenazando.**

Lo mismo respecto a los internamientos legalmente voluntarios pero, desde la perspectiva de los usuarios, en realidad forzados.

Se alinea con la equidad percibida y los procedimientos judiciales justos, muy valorados por los usuarios.

Para la coerción formal las iniciativas son abundantes: iniciativas legislativas (fusion law), registros nacionales de datos, auditorias, formación y liderazgo, guías clínicas y directrices de aplicación, grupos de trabajo para su monitorización, implicación de usuarios y familias, cambios de políticas sanitarias, grupos de “prevención de la violencia y la coerción”, “ligas” de dispositivos hospitalarios libres de contención, de puertas abiertas...

Suele hacerse hincapié en la toma conjunta de decisiones, directrices, instrucciones y voluntades anticipadas.

Acercas de la toma conjunta de decisiones, directrices, instrucciones y voluntades anticipadas

Existen abundantes obstáculos para su aplicación: “la atmósfera” que prevalece en los dispositivos asistenciales, el desinterés de los pacientes atribuido a su clínica - depresiva, psicótica negativa...- experiencias pasadas de desempoderamiento por ingresos involuntarios, incluso años más tarde...

Su contenido suele ser diverso, se especifican medicamentos (se aceptan o se rechazan), alternativas al ingreso, hospitalización a domicilio, métodos de desescalada en caso de crisis, rechazo de la Terapia Electroconvulsivo, se designan representantes...

Es una constante la petición de “ser tratados con respeto y compasión”.

Los clínicos suelen valorar su contenido como “útil y congruente” en un alto %.

En la práctica, tanto en la toma de decisiones conjuntas como en las voluntades anticipadas, parece existir un núcleo duro de decisiones no discutibles desde el punto de vista del clínico: la toma de medicación y el ingreso hospitalario en situación de crisis.

Imaginando una clínica sin coerción (1)

Resulta difícil: en ningún país ni en ninguna época los cuidados de Salud Mental han estado libres de coerción. Hay quien piensa que no es posible superar completamente estas medidas, ni siquiera en la psiquiatría del siglo veintiuno.

Sin embargo, allá donde se ha tenido la voluntad de retirar algún tipo de coerción (contención mecánica, unidades de puertas abiertas...) se ha hecho con éxito.

Un modelo clínico biomédico y experto, "vertical", como el nuestro: anamnesis>diagnóstico>indicación clínica>tratamiento... es proclive a la coerción.

Tiene que ver con la organización de nuestro sistema asistencial. En nuestros sistemas asistenciales públicos el clínico 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, y a una estructura organizativa rígida y fragmentada, en la que cada dispositivo tiene un equipo responsable sin que exista continuidad de cuidados, que dificulta imaginar alternativas: no es posible otro tipo de tratamiento, sin tratamiento el proceso se reagudizará, informar puede llevar a discusiones sin fin, aumentará la angustia y complicará el tratamiento, sin cierto nivel de coerción no se aceptará el tratamiento, qué mejor lugar que el hospital para un ingreso...

Seguir haciendo la misma clínica, en los mismos dispositivos, con la misma organización de servicios... y evitar la coerción parece una ilusión.

Imaginando una clínica sin coerción (2)

Es necesario inspirarse en modelos más “horizontales” y colaborativos, **basados** no en el diagnóstico y tratamiento sino **en el encuentro** entre alguien que sufre y un equipo que escucha, acompaña y ayuda.

La **experticia no desaparece**, el experto sigue siéndolo: **se busca una comprensión conjunta** con el usuario partiendo del diálogo, la colaboración y la búsqueda de la recuperación.

Superar la coerción puede significar no solo **cambiar** las prácticas sino también los discursos e incluso **los objetivos clínicos** (del bloqueo de los síntomas al diálogo)

Los principios básicos de la ética aplicada, que deben cumplir los servicios al relacionarse con los usuarios, **también deben aplicarse en Salud Mental.**

En Salud Mental, **el diálogo, la seguridad y la confianza**, alcanzan una relevancia especial, una dimensión más profunda que en el resto de los servicios públicos.

Es **necesaria una reorganización de los servicios en un modelo alternativo**: intervención en crisis en vez de urgencias hospitalarias, retrasar intervenciones dirigidas al bloqueo de síntomas, UHPs sustituidas por el domicilio, casas de reposo, hogares... continuidad de cuidados, atención comunitaria, incluir a familiares y red informal del paciente, incluir a expertos en primera persona, horizonte clínico hacia la funcionalidad y la recuperación...

Es **necesaria la formación y el desarrollo de habilidades específicas** en el contexto de este nuevo modelo.

Reflexiones finales

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.

En los lugares donde mejorar la asistencia fue un deber, la coerción también se difuminó.

Bibliografía y desarrollo

Inchauspe J.A & Valverde M. *La coerción en Salud Mental: conceptos, procesos y situación* en Bevia B & Bono del Trigo A. (Coordinadoras) *Coerción y Salud Mental* AEN Cuadernos Técnicos, 20. 2018 pp 13-89