

# DOCUMENTO MARCO PARA A ELABORACIÓN DUN PLAN GALEGO DE ERRADICACIÓN DO USO DAS CONTENCIÓNS MECÁNICAS NOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL

Desde os seus inicios, e de acordo coa súa Declaración Fundacional, o Movemento Galego da Saúde Mental comprometeuse a impulsar a óptica dos dereitos das persoas usuarias dos servizos de saúde mental, as investigacións de funcionamento dos servizos e a elaboración de propostas alternativas encamiñadas a fortalecer uns servizos públicos, asistenciais e sociais, aliñados cos principios da Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade, e as directrices que marcan os distintos Organismos Internacionais para facer efectivos tales dereitos.

As sucesivas asembleas desenvolvidas no marco das xornadas anuais do MGSM, ratificaron as distintas propostas e accións vinculadas con estes obxectivos, que implicaron tanto actos de sensibilización social, como actividades públicas de denuncia de situacións específicas, participación en conferencias, mesas redondas ou xornadas, entrevistas en medios de comunicación ou reunións con representantes políticos.

Desde o compromiso e implicación para contribuír de xeito construtivo e participativo nas propostas de alternativas de atención á saúde mental máis respectuosas cos dereitos humanos, propuxemos elaborar un documento marco que guíe un plan de erradicación do uso das contencións mecánicas nas institucións de saúde mental.

Coa idea de compartir o coñecemento, visión e experiencias e resaltar os principios que deben guiar un plan e os fundamentos xurídicos, organizativos e asistenciais, realizamos en novembro de 2022 unha xornada de traballo onde invitamos a participar a persoas vinculadas a sectores tan diversos como o dos movementos sociais en defensa dos dereitos, o sector xurídico, profesionais da saúde mental e a atención primaria, atención sociosanitaria sindicatos, feminismos e afectadas en primeira persoa. Posteriormente, enviouse un primeiro borrador a listas de correos do MGSM para posibilitar a achega de propostas a este documento.

O resultado é este documento marco co que esperamos contribuír á sensibilización, reflexión e desenvolvemento de accións eficaces ao obxectivo de erradicación do uso das contencións.

Agradecemos a participación comprometida de todas vós, e esperamos que este sexa o principio do cambio.

A eliminación das contencións mecánicas non só é posible senón que é inevitable.

## 1.- Sobre o estado actual do uso de contencións mecánicas e das políticas cara a súa erradicación nas institucións psiquiátricas

---

A **contención mecánica** é a acción mediante a cal se inmoviliza a unha persoa, usualmente a través de correas de suxeición e fixándoa xeralmente a unha cama. Deste xeito limitábase radicalmente o seu movemento e a súa autonomía, sendo a persoa reducida ao espazo que ocupa o seu corpo.

É esta unha práctica coercitiva, das máis traumáticas a curto, medio e longo prazo, e non é infrecuente que se utilice xunto con outras como a contención farmacolóxica (con fins de sedación para o control do comportamento ou restrición da liberdade de movemento) ou como a redución física da persoa para colocarlle as ataduras.

As contencións mecánicas non teñen un carácter terapéutico. Non existen estudos que avalen a efectividade de tales prácticas coercitivas na prevención de comportamentos disruptivos e, sen embargo si se recolle a existencia de graves efectos negativos na saúde física e mental das persoas que a sofren; e tamén naquelas que se ven na obriga de practicalas.

O enfoque dos dereitos humanos na atención á saúde permitiu avanzar nunha perspectiva de cuidados da saúde e da prevención das enfermidades que ten en conta os dereitos constitucionais, a vontade e as preferencias das persoas. Tamén no que respecta á saúde mental, un ámbito no que a vulneración de dereitos estivo historicamente, e está, especialmente presente.

## 2.- Marco legal

---

### Ámbito internacional

A Convención dos Dereitos das Persoas con Discapacidade das Nacións Unidas, ratificada por España en novembro de 2007 e que está en vigor dende maio de 2008, recolle que os Estados Parte se comprometen a adoptar medidas ata o máximo dos seus recursos para lograr, de xeito progresivo, o pleno exercicio dos dereitos referidos na Convención.

Diferentes organismos supranacionais, como a ONU ou o Consello de Europa, alertan sobre a cultura da coerción xustificada en base á suposta perigosidade sobre si mesmo/a ou terceiros/as, cando non existe evidencia da asociación entre saúde mental e violencia, e si da inefectividade das medidas coercitivas na prevención de danos. Pola contra, existen fortes cuestionamentos éticos acerca desta práctica, así como alertas sobre as importantes repercusións físicas e mentais nas persoas que as sofren ou a exercen. Ademais as prácticas coercitivas teñen un potencial efecto disuasorio para as persoas con problemas de saúde mental de cara a solicitar atención sanitaria, dado que pode

asociárselle un temor á perda de dignidade e autonomía, podendo derivar nun círculo vicioso de empeoramento das condicións de saúde e de existencia.

A Asemblea Xeral da ONU ten aprobado diferentes informes e recomendacións en relación á saúde mental e os dereitos humanos, como a *Resolución A/HRC/36/L.25, de setembro de 2017*. Nela ínstase aos Estados a que adopten, de maneira activa, medidas para incorporar plenamente unha perspectiva de dereitos humanos nos servizos de saúde mental e sociais, e a que adopten, apliquen, actualicen, reforcen ou supervisen tódalas leis, políticas e prácticas existentes, a fin de erradicar toda forma de discriminación, estigma, prexuízos, violencia, abusos, exclusión social e segregación.

No informe temático do *Alto Comisionado das Nacións Unidas para os Dereitos Humanos, de xullo de 2018 (A/HRC/39/36)* ínstase a derrogar as disposicións legais e políticas que permitan o uso da coacción e as intervencións non consentidas, como a hospitalización e o internamento involuntarios, o uso de medidas de contención, a psicocirurxía ou a medicación forzosa. Tamén se alude a que os Estados deberían redefinir e recoñecer esas prácticas como formas de tortura ou outros tratos ou penas crueis, inhumanos ou degradantes, que representan unha discriminación contra os/as usuarios/as dos servizos de saúde mental e as persoas con discapacidade psicossocial.

Pola súa banda, o *Comité de Ministros do Consello de Europa, na Resolución 2291 (2019) "Poñer fin á coacción en saúde mental: a necesidade dun enfoque baseado nos dereitos humanos"* insta aos Estados membros a desenvolver, como un primeiro paso, unha folla de ruta para reducir radicalmente o recurso a medidas coercitivas, coa participación de todas as partes interesadas, incluídas en particular as persoas con problemas de saúde mental e os provedores de servizos.

Nos anos anteriores, este mesmo organismo xa tratara cuestións relacionadas coas coaccións en saúde mental. Por exemplo, na *Recomendación Rec(2004) 10, do Comité de Ministros do Consello de Europa en relación coa protección dos dereitos humanos e dignidade das persoas con trastornos mentais*, advertían sobre as condicións do uso do illamento e das contencións, que deben realizarse en base ao principio de mínima restrición posible, en instalacións apropiadas, exclusivamente para previr un dano inminente á persoa ou a outras, cunha resposta proporcional ao risco existente, unicamente baixo supervisión médica e debendo quedar sempre debidamente documentada.

O *Comité Europeo para a Prevención da Tortura e das Penas e Tratos Inhumanos ou Degradantes (CPT)* elaborou en 2006 (revisado en 2017) uns estándares de emprego das medidas de contención, insistindo en que ha de ser considerada como unha medida extrema de último recurso na prevención dun dano inminente, que debe durar o menor tempo posible e que ten que ser debidamente recollida nun rexistro específico de episodios de contención.

Así debe rexistrarse: cada episodio de contención, as circunstancias que determinaron o seu uso, as medidas realizadas para evitar a situación da

contención, o facultativo responsable, as medidas de supervisión e o tempo de inicio e finalización, así como as incidencias que puideran ter ocorrido.

### Ámbito estatal

Aínda que non existe unha normativa específica de saúde mental que regule o uso de contencións mecánicas no Estado español nin na comunidade galega, si hai lexislación dabondo, tanto no ámbito xeral como no sectorial que incide nos dereitos das persoas con discapacidade en relación á súa dignidade inherente, á capacidade xurídica, á autonomía na toma de decisións que lles concirnen e ás salvagardas dos dereitos e obrigas das persoas usuarias de atención sanitaria e sociosanitaria. De especial importancia neste sentido son o Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de novembro, polo que se aproba o Texto refundido da Lei xeral de Dereitos das persoas con discapacidade, ou a Lei 42/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.

*A Instrución 1/2022, de 19 de xaneiro, da Fiscalía Xeral do Estado, sobre o uso dos medios de contención mecánicos ou farmacolóxicos en unidades psiquiátricas ou de saúde mental e centros residenciais e/ou sociosanitarios de persoas maiores e/ou con discapacidade recolle as diferentes disposicións normativas, estatais e autonómicas, que enmarcan as condicións nas que se podería ter que recorrer ás contencións mecánicas e farmacolóxicas.*

Sendo unha medida que limita dereitos fundamentais como a liberdade, a autonomía, a integridade física ou moral, a liberdade física ou deambulatoria, a intimidade, a protección da saúde, e igualdade e a non discriminación, a utilización da contención mecánica debe guiarse necesariamente polos principios de **coidado, excepcionalidade, necesidade, proporcionalidade, provisionalidade e de prohibición do exceso.**

Esta instrución da Fiscalía supón de facto un novo avance na atención á saúde mental baseada nos dereitos. O texto destaca, en relación co uso das contencións baixo o pretexto da seguridade da propia persoa e da súa contorna, que se está a producir un cambio de concepción “que sitúa á persoa, a súa vontade, desexos e preferencias no centro do seu coidado, afastándose do excesivo proteccionismo”. E que polo tanto “imponse unha reflexión sobre o recurso á contención como única vía para lograr o obxectivo do control, protección e seguridade da persoa, primando a busca de alternativas máis respectuosas coa dignidade e singularidade de cada individuo e coa súa saúde”.

Aínda así, e dada a importancia da cuestión que nos ocupa en canto á protección e vulneración de dereitos, semella preciso o desenvolvemento, dunha lexislación que regule expresamente o uso das contencións mecánicas.

Hai un precedente moi recente na L.O. 8/2021, de 4 de xuño, de protección integral á infancia e adolescencia fronte á violencia, na cal se prohibe, nos centros de protección, a contención mecánica en calquera caso, e establécense como prioridade as técnicas de desescalada verbais realizadas por persoal

especializado con formación en materia de dereitos da infancia e adolescencia, así como en resolución de conflitos e técnicas de suxeición persoal. Esta lei establece os límites de uso de contención física: interposición entre o/a menor e a persoa ou obxecto que se atopa en perigo; a restrición física de espazos e movementos, e en última instancia e baixo estrito protocolo, a inmovilización física do/a menor por persoal especializado do centro. E indica que o seu emprego deberá ser comunicado con carácter inmediato á Entidade Pública e ao Ministerio Fiscal.

Varias Comunidades Autónomas, como Andalucía, Aragón, Navarra, Canarias, Cantabria, Cataluña ou Valencia establecen nas normativas de servizos sociais a obriga de comunicar á autoridade xudicial e/ou Ministerio fiscal o uso de medidas restritiva, sempre de carácter excepcional, baixo prescrición facultativa e con supervisión frecuente.

A propia existencia destes textos legais que abordan de maneira explícita a regulación noutros ámbitos sinala en maior medida a súa inexistencia no eido sanitario. Si está regulado o internamento involuntario por trastorno psíquico (art. 763 da Lei 1/2000, de 7 de xaneiro, de Axuizamento Civil), aínda que segue pendente de corrixir a ausencia de regulación, mediante Lei Orgánica, en relación co internamento involuntario por canto que están implicados dereitos fundamentais como o da liberdade persoal, tal como recorda a sentenza do Tribunal Constitucional STC 141/2012, de 2 de xullo. Non existe regulación normativa específica sobre as medidas de contención mecánica ou farmacolóxica, ou o illamento.

### **3. Algunhas experiencias relevantes de redución e erradicación da contención a nivel internacional**

---

#### **A experiencia de Pensilvania**

Unha das principais experiencias que orientan á posibilidade real dunha atención en saúde mental libre de coerción é a iniciativa levada a cabo no Estado de Pensilvania. Tratouse esta dunha iniciativa pioneira, que implicou á totalidade dos centros de hospitalización de dito estado.

Os resultados son esclarecedores: en tan só 9 anos (1991-2000) reduciuse o número de contencións practicamente á sexta parte, pasando de 6,4 episodios x 1000 pacientes/día a 1,2 episodios/día por cada 1000 pacientes. E no mesmo período a duración media de cada episodio de contención pasou de 12,1 horas a 1,9 horas. Ademais os resultados indican que non se produciu nin un aumento das agresións, nin das lesións nin do gasto económico. Todos os hospitais do estado son centros libres de illamento dende o 2013 e de contención mecánica desde o 2015. A contención química xa estaba prohibida previamente, desde finais dos anos 90.



Os diferentes estudos consideran que hai catro elementos clave que explican este éxito:

1. Formación: creación de equipos de resposta en intervención en crise, formación en técnicas de desescalada e sesións anuais de formación dirixidas a todo o persoal.
2. Monitorización dos datos.
3. Revisión de políticas: declaración expresa do obxectivo de erradicación, prohibición da indicación de “medicación se precisa”, prohibición da posición boca abaixo no chan e límite de 30 minutos nas contencións ou illamentos.
4. Cambio cultural: “o illamento e a contención non son tratamentos, senón que reflicten o fracaso no tratamento”. Importancia fundamental dos movementos civís.

### O Cantón Suízo de Ticino

Esta é unha experiencia máis local, nun hospital psiquiátrico de 140 camas. Aporta unha idea fundamental no proceso cara a erradicación da contención: “mentres exista a posibilidade de utilizar contención, será difícil seguir reducíndoa”.

Nunha primeira fase do cambio, conseguiron pasar de 210 episodios de contención (2005) a 115 (2009). A partir de aí, propuxéronse o obxectivo “contención cero”, engadindo unha maior proporción de persoal por usuario/a, introducindo “equipos de crise”, promovendo a capacitación e formación do persoal, e realizando proxectos piloto de cara a estudar as medidas máis eficaces de intervención en crise. O enfoque terapéutico que seguiron é dialóguico, baseándose nos seguintes principios relacionais e terapéuticos: comprender e non xulgar; non actuar de inmediato pechando o diálogo; negociar e non só tratar; tomarse tempo para o traballo relacional; escoita activa; tolerar a incerteza; e apostar pola confianza.

En 2015 conseguiron eliminar por completo o uso da contención mecánica. Tamén lograron unidades hospitalarias de “portas abertas”, un menor uso de medicación forzosa, a redución do número e gravidade dos accidentes laborais e un clima laboral de maior cooperación.

### O Clube Servizi Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) - “Non restraint”

Esta experiencia italiana está conformada por un grupo de unidades psiquiátricas hospitalarias que teñen como obxectivo eliminar as contencións.

O SPD de Rávena inicia no 2000 unha serie de intervencións con este obxectivo en torno a tres tipos de cambios:

1. Estruturais: ambiente máis próximo a unha vivenda; eliminación dos barrotes e cámaras de vixilancia; maior accesibilidade a zonas antes pechadas (como a sala de enfermería cando está presente algún/ha profesional).

2. Clínico-organizativos: rexistro e seguimento das contencións; transparencia das medidas tomadas, avisando á familia e ofrecendo a estes quedarse durante todo o tempo que dure a contención; discusión do equipo completo antes de utilizar a contención, para asegurarse que se exploran todas as alternativas; posibilidade de reforzar o número de persoal de garda en caso de situacións de crise; uso do tempo, evitando “pechar” a situación de crise por razóns de tipo organizativo; intervencións dirixidas á recuperación, reforzo de tratamentos grupais; substituír as “normas da unidade” por plans de tratamento individual.
3. Formativas: dirixidas a eliminar estereotipos entre os profesionais, como a idea de prevención ante un “risco hipotético”; habilidades relacionais e competencias técnicas para situacións de crise; técnicas psicosociais; intervencións de *debriefing*.

A través deste programa lograron diminuír o número de contencións de 150 no ano 2000 a 3 no 2016. E dende ese ano teñen a consideración de centro libre de contencións.

### O modelo SAFEWARDS

É un modelo británico que busca lograr unidades de saúde mental máis seguras, saudables e confortables para pacientes e persoal. Analizan os diferentes factores estresores (nos equipos de persoal, na comunidade de pacientes, no entorno físico do hospital, en factores externos ao mesmo...) que poden provocar puntos de tensión e respostas negativas de conflito. Analizan as diferentes situacións xeradoras de conflito e revisan as posibles estratexias de intervención non coercitivas.

Este modelo estase a implementar en diferentes países, incluíndo España, e ten materiais e recursos de asesoramento para planificar e poñer en funcionamento un proxecto destas características (<https://www.safewards.net/es/>).

Hai experiencias en marcha en Cataluña, como é no Hospital Universitari Germans Trías i Pujol, ou no Hospital Sant Pau.

Outras unidades, como o Parc Sanitari de San Joan de Deu conseguiron en 2020 a acreditación Libera-Dignos, da Fundación Coidados Dignos por reducir o uso da contención practicamente a cero. A metodoloxía segue os principios sinalados nos modelos anteriormente descritos.

En Andalucía, tamén hai experiencias de obxectivos de redución da coerción, faltaría unha sistematización destas experiencias positivas para aproveitar o caudal de coñecementos que xa existen e optimizar resultados.



## Dous documentos de referencia na erradicación da contención:

### A proposta da Asociación Nacional de Directores de Programas Estatais de Saúde Mental de EE.UU. (*National Association of State Mental Health Program Directors - NASNHPD*).

Esta organización publicou entre 1999 e 2002 varios informes con estratexias e recomendacións co obxectivo de reducir o uso das medidas coercitivas, nutréndose de gran parte das iniciativas levadas a cabo en diferentes países, e recollendo leccións fundamentais para o éxito da contención cero.

Nestes documentos insisten no esencial de adoptar un modelo de saúde pública onde sexa prioritaria a prevención primaria, minimizando a posibilidade de xerar un contexto que leve ao uso da contención e o illamento.

Advirten de que as institucións que se centren case exclusivamente en mellorar os métodos e técnicas de contención estarán abocados ao fracaso, xa que soamente abordando os factores culturais e enfatizando a prevención primaria e secundaria pódese crear o contexto que facilitará cambios fundamentais.

Tamén alertan do fracaso dos plans impostos unilateralmente, sen incluír ao persoal, aos/ás usuarios/as, familiares e directivos/as.

E por último, recordan que non son eficaces as intervencións illadas ou parciais, que non teña en conta a interrelación dos diversos compoñentes dentro dun sistema complexo, apostando claramente polo emprego de estratexias integrais.

Recoller a existencia “**6 estratexias clave**” para a redución das prácticas coercitivas:

1. Liderado cara un cambio organizacional.
2. Existencia de datos para informar sobre a práctica.
3. Formación dos/as profesionais.
4. Uso de técnicas para a prevención da contención e o illamento.
5. Implicación dos/as usuarios/as.
6. Técnicas de análise post-incidente (“debriefing”).

### O informe “**Boas prácticas para promover medidas voluntarias en saúde mental**” do Consello de Europa.

En outubro de 2021 publícase este informe dirixido á consecución da redución, prevención ou eliminación das prácticas coercitivas

Recóllense as experiencias sinaladas no apartados anteriores e outros exemplos de iniciativas en diferentes contextos (hospitalarios, a nivel comunitario, ou híbridas), así como outras máis innovadoras baseadas no apoio entre pares, ou na planificación anticipada de decisións.

Sen pretender realizar unha lista exhaustiva de iniciativas de eliminación das contención, si exemplifican claramente o importante caudal existente arredor do mundo de experiencias positivas no eido da redución e eliminación do uso de

contencións, así como o coñecemento acumulado que permite rachar cos principais obstáculos en torno á coerción, como é a suposta inevitabilidade da propia contención mecánica.

#### 4. A realidade da contención no noso ámbito xeográfico.

---

Tal e como acabamos de ver, dende hai varias décadas, en diferentes lugares do mundo, existen experiencias e movementos civís que loitan pola eliminación da contención mecánica. En España están presentes dende hai tempo algunhas destas iniciativas, que responden a unha realidade que sabemos que existe, aínda que non en que medida.

De feito, debemos destacar a opacidade na información sobre o uso das contencións e outras medidas coercitivas, tal e como se pon de manifesto en diversos estudos. Salientar neste sentido unha investigación exploratoria coordinada pola Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 2017, e o coñecido como Proxecto EUNOMIA (*European evaluation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practise*), un estudio naturalístico multicéntrico auspiciado pola Comisión Europea, coa participación de 12 países, incluíndo 2 centros andaluces en España, realizado entre os anos 2002-2006.

Coñecer datos específicos do propio estado é de fundamental importancia, xa que a xeneralización non semella posible. Os resultados das diferentes investigacións salientan unha gran variabilidade entre países da mesma contorna, dentro dun mesmo país, nunha mesma comunidade e incluso entre unidades do mesmo centro hospitalario, en canto á utilización de medidas de contención, tipoloxía, frecuencia e duración. Falan incluso da existencia dun “**Efecto centro**”, onde as diferencias teñen que ver máis con factores locais e tradición de cada centro, que con variables clínicas, organización xeral do sistema sanitario ou a lexislación ao respecto.

Os poucos datos dos que dispoñemos no estado español son de comunidades concretas, e habitualmente acadáronse tras un arduo camiño realizado por organizacións civís, como as de Primeira Persoa. Por exemplo, en Navarra, a Asociación *Mejorana* conseguiu os datos de emprego de contencións. Nestes pódese comprobar que a nivel global, cos datos entre 2018 e 2020, 1 de cada 3 ingresos psiquiátricos acaba en contención. Os datos desagregados por unidades exemplifican o “efecto centro” mencionado. En 2018, existían unhas diferencias importantes entre as dúas Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de adultos do Servizo Navarro de Saúde- Osasunbidea, desde o 11.42% en Tudela ao 21.4% en Pamplona. Na unidade hospitalaria infanto-xuvenil de Pamplona a utilización ascendía ata o 33.4%. Un de cada tres menores era atado durante o ingreso. A duración media da contención tamén varía segundo o centro hospitalario, oscilando entre as 6,4 e as 23’20 horas de duración media.

En Galicia o descoñecemento respecto ás prácticas de contención no eido da saúde mental non é menor que no resto do estado. Sabemos algo delas pola información proporcionada por persoas que a sofren, por profesionais implicados dun xeito ou doutro e incluso por institucións como o *Defensor del Pueblo*, nos

seus informes na súa condición Comisión Nacional de Prevención de la Tortura. Pero nada sabemos a través do Sergas, a institución pública con maior responsabilidade sobre as cuestións sanitarias.

## 5.- A proposta “contención cero” en Galicia. Evolución e situación actual.

---

O Movemento Galego da Saúde Mental (MGSM) vén dende o ano 2014 sinalando a vulneración de dereitos humanos no eido da saúde mental, e esixindo o seu cumprimento. E, como non pode ser doutro xeito, un dos seus principais campos de acción é precisamente o da necesaria erradicación inmediata da contención mecánica.

Un fito importante neste obxectivo foi a campaña “Contención cero. Psiquiatría co CHUAC. Cuarto de contención: peche xa!”, desenvolvida desde o 8 de decembro de 2018 ao 18 de xaneiro de 2019, para denunciar existencia na planta de hospitalización psiquiátrica de A Coruña dun cuarto expresamente utilizado para tal fin, con 3 camas de uso mixto e simultáneo. A actividade de sensibilización social tivo éxito, producíndose a eliminación dese tipo de habitación.

Ese mesmo mes, o MGSM presentou aos grupos parlamentarios unha proposición sobre a contención mecánica de persoas atendidas en institucións psiquiátricas e residenciais, en liña coas recomendacións, propostas e estándares mencionados dos diferentes organismos internacionais. O Bloque Nacionalista Galego asumiu este documento, presentándoo no Parlamento de Galicia como Proposición non de Lei. Esta foi debatida o 20 de febreiro de 2019 na Comisión 5ª, de Sanidade, Política Social e Emprego, entrando así a cuestión de forma explícita na actividade parlamentaria. Desafortunadamente a Proposición non foi aprobada, a pesares do apoio unánime da oposición, debido ao voto en contra do partido do Goberno.

### Avances sobre o papel

A pesares de que a proposición non saíu adiante naquel momento, o obxectivo de “contención cero” introduciuse finalmente no **Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 (2020-24)** dentro do obxectivo 1.3, de “Promover actuacións acordadas ao estipulado pola Convención sobre os Dereitos de persoas con discapacidade”. dentro do obxectivo fíxanse 3 proxectos:

- Implementar a planificación anticipada de decisións.
- Avanzar cara a “contención cero”.
- Avaliar e mellorar a calidade nos dispositivos de atención ás persoas con trastorno mental.

O **proxecto nº 11, “Avanzar na contención cero”**, ten como meta diminuír o número de contencións físicas realizadas nos dispositivos de hospitalización en saúde mental, a través de diferentes accións:

- Implantar un rexistro de seguimento da aplicación de medidas de contención, revisión e actualización dos protocolos de actuación
- Formación en técnicas de desescalada verbal a persoal sanitario
- Adecuación dos procedementos nos servizos de urxencia e hospitalización para minimizar o risco de axitación
- Actualización dos protocolos de traslado urxente coa sistemática a aplicar en caso de indicarse un ingreso involuntario.

O Plan previa para o seu primeiro ano de desenvolvemento, o 2020, ter o rexistro habilitado, e nos seguintes anos alcanzar o estudo de áreas de mellora e a formación dos/as profesionais.

En outubro de 2021, publícase a **instrución 15/21 pola que se establece o funcionamento do rexistro de seguimento da aplicación de medidas de contención dos/as pacientes do Servizo Galego de Saúde**. Esta instrución, dirixida aos/ás profesionais dos servizos de psiquiatría, contempla a obrigatoriedade dun protocolo de contención mecánica actualizado, a anotación na plataforma de rexistro epidemiolóxico VIXÍA e a creación dun grupo de traballo de seguimento.

Nos **Acordos de Xestión do ano 2022 e 2023** entre o Servizo Galego de Saúde e as diferentes áreas sanitarias, inclúense dentro dos obxectivos de calidade "Avanzar cara á contención cero diminuindo as contencións físicas nos dispositivos de hospitalización psiquiátrica (agudos e crónicos), implantando rexistro de contencións na plataforma vixía, actualizando os protocolos de contención e fomentando a formación continuada dos profesionais adscritos a estas unidades de hospitalización".

### Os cambios sobre a realidade

En abril de 2021, o MGSM solicitou información estatística, debidamente anonimizada, sobre as contencións mecánicas realizadas no Servizo Galego de Saúde entre os anos 2019 e 2021. A resposta da Administración Autonómica en xuño dese mesmo ano é negativa, aludindo a que os episodios de contención quedan rexistrados de xeito individualizado na historia clínica de cada paciente, e considerando imposible a súa reelaboración por parte da Consellería de Sanidade.

No que respecto ao rexistro de incidentes de contencións na plataforma VIXÍA, é unha realidade que os profesionais non coñecen como deberían a existencia da instrución 15/21. A data de decembro de 2022, esta non se difundiu a través da web do Plan de Saúde Mental creada aos efectos ou dos correos corporativos dos profesionais, nin foi presentada oficialmente nos servizos de psiquiatría das áreas sanitarias ou en sesións formativas.

En canto aos **protocolos actualizados de** contención mecánica, coñecemos da existencia dun documento de bases para a elaboración dos protocolos de contención mecánica nos servizos de psiquiatría, elaborado polo Servizo de Saúde mental da Consellería de Sanidade, e que se está a realizar tales

actualizacións nas diferentes áreas sanitarias. Sen embargo, parece que o grao de implantación efectiva é moi desigual e insuficiente.

No eido da **formación en técnicas de desescalada verbal e outras estratexias de prevención da contención mecánica**, non se realizou ningún curso específico. Aínda que si hai que sinalar que aparecen nalgún punto do programa de algúns cursos organizados pola Axencia Galega de Coñecemento en Saúde (ACIS), como é o caso do curso presencial “Situacións de emerxencia provocadas por doentes con condutas violentas”, realizado en diversas localidades no ano 2022, de 8 horas de duración, e impartido por enfermeiros/as especialistas en saúde mental. En teleformación, no ano 2022, realizaron 3 edicións do curso “saúde mental: urxencias psiquiátricas e intervención en crise”, de 16 horas, para profesionais da enfermaría, e 2 para profesionais da medicina, en ámbolos dous casos externos aos servizos de saúde mental.

Pero non son estes cursos especificamente dirixidos a estratexias de prevención das contencións mecánicas. Si que hai que destacar, como excepción, a realización en 2019 do curso “Abordaxe integral do paciente axitado: técnicas de desescalada no trastorno mental” de 4 horas de duración, impartido por profesionais da saúde mental, psiquiatras, psicólogos/as e enfermeiros/as.

En canto á **formación sobre dereitos e sobre bioética**, non específicos de saúde mental, desde 2020 se realizaron 9 edicións do curso de teleformación de 14 horas “Dereitos e deberes sanitarios no Sistema público de saúde de Galicia”, 2 edicións do curso “Introdución á bioética para residentes” , de 15 horas en formato de teleformación, e o curso presencial “Sementando bioética alén da pandemia” de 6 horas de duración. Sendo meritoria a formación neste eido, faise fundamental aumentar a carga lectiva e os contidos.

Para o ano 2023, están previstos cursos de formación, non en todas as áreas nin para todos os colectivos profesionais, de entre 4 e 8 horas, sobre a suxeición e contención mecánica, a escalada de contención na atención ao paciente, sobre Contención Zero: métodos non coercitivos para o manexo da axitación psicomotriz, ou sobre situacións de emerxencia provocados por pacientes con condutas violentas. Parece non haber unha directriz homoxénea sobre a formación en eliminación da contención, podendo darse unha mensaxe contradictoria (nalgúns cursos fórmase en como conter mecanicamente, e noutros falan da contención xero).

Comprobamos con todo isto que aínda que existe un avance no que se refire recoñecemento institucional da necesidade de avanzar cara a contención cero, as medidas tomadas aínda son totalmente insuficientes e que falta moito para poder dicir que fixemos algún avance real, que teña efectos sobre o asistencial e sobre os dereitos humanos.



## 6.- Principios de acción e implementación. Unha proposta de cara a un Plan Galego de Erradicación das contencións mecánicas

---

Do desenvolvido ata este punto, só se pode concluír que a eliminación das contencións mecánicas non só é desexable, senón que é posible e inevitable. Por cuestións de saúde física e mental das persoas que sofren contención, e tamén dos/as profesionais que as realizan; por alcanzar unha atención respectuosa cos dereitos humanos e unhas normativas lexislativas actuais e futuras que dean o protagonismo e capacitación ás persoas usuarias dos servizos de saúde mental; e por madurez democrática.

A contención está naturalizada nos servizos asistenciais e residencias de persoas con discapacidade. Naturalizar implica non tomar conciencia de que a contención é un grave problema de vulneración dos dereitos humanos. Supón xustificar o seu uso como inevitable. Implica non cuestionar as prácticas que reproducen a propia contención, empobrecer a calidade do traballo asistencial que se realiza, e ademais crear climas laborais de conflito e risco.

Partindo das mellores prácticas contrastadas e eficaces, os principios para a implementación dun Plan Galego de erradicación das contencións mecánicas deberán incluír as seguintes propostas:

### 1.- Compromiso e liderado institucional

- O goberno da Xunta de Galicia, a través da Consellería de Sanidade e Política Social, así como nas Xerencias de área sanitaria, realizará unha declaración expresa de compromiso co obxectivo “contención cero”. Debe partirse da idea principal de que a contención é un fracaso no proceso de tratamento, e de que en ningún caso é unha medida terapéutica. A única meta aceptable é a erradicación da mesma en tódolos espazos sanitarios e residenciais. Asegurárase unha adecuada difusión deste compromiso, repetida ao longo do tempo, para facilitar o cambio cultural nas institucións sanitarias e sociosanitarias.

- No marco de competencias existente, a Xunta de Galicia avanzará na lexislación específica sobre o uso de contencións mecánicas. Farao, na medida do posible, e tal como fixeron outras autonomías, regulando o seu emprego, a obrigatoriedade de que se informe de aos correspondentes órganos xudiciais encargados de velar polos dereitos das persoas en situación de vulnerabilidade, e especificando o xeito no que a propia persoa afectada poida defenderse. A Xunta de Galicia tamén ha de solicitar ao Goberno español a elaboración dunha lexislación específica de ámbito estatal e o seu correspondente desenvolvemento.

- O compromiso e liderado institucional pasa por conseguir a máxima implicación dos directivos e coordinadores das áreas e servizos de saúde mental, de tal xeito que estes promovan a implicación dos/as profesionais, dos movementos



asociativos de primeira persoa, dos familiares e das organizacións de dereitos humanos. A participación de todos os axentes implicados no obxectivo contención cero ten que darse en todas as etapas do proxecto: planificación, desenvolvemento, avaliación e toma de decisións

- Desenvolverase, en cada unidade hospitalaria e residencial, un plan de “contención cero” desde a perspectiva dos dereitos humanos e o enfoque de recuperación, seguindo as directrices recomendadas por organismos internacionais. Neste sentido, a iniciativa *Quality Rights*, da OMS, podería ser un referente adecuado para planificar e avaliar as medidas programadas.

- Os plans de erradicación da contención mecánica que se realicen en cada servizo de saúde, coordinados a nivel central desde a Consellería de Sanidade, incluírán: unha estratexia de análise de situación de partida, baseada en datos; indicadores de proceso e resultado; unha análise das necesidades de persoal e formación, así como as características estruturais e organizativas dos centros asistenciais que inciden negativamente no obxectivo; a metodoloxía de análise post-incidente e de traballo grupal (colaborativo, non punitivo); a inclusión da perspectiva dos/as usuarios/as das unidades...

- Estableceranse medidas de control de posibles efectos indeseables trala redución da contención mecánica. Teranse explicitamente en conta o potencial aumento doutras prácticas coercitivas, como poden ser a contención farmacolóxica ou o illamento.

- Realizaranse informes semestrais de seguimento dos plans locais, a través de presentacións públicas en reunión dos servizos de saúde mental, aberta a todos/as os/as profesionais do servizo, e aos movementos asociativos. Detallaranse o tipo de tarefas e a asignación de responsabilidades nos diferentes niveis asistenciais (dirección, supervisión de enfermaría, coordinador/a de unidade, equipo asistencial, profesionais de garda), a información recollida, e as experiencias de éxito na redución das contencións. Fomentarase a participación sobre propostas de mellora.

- Promoverase o recoñecemento dos “centros libres de suxeición”, baseadas nun modelo de recuperación e empoderamento das persoas usuarias, e onde se establezan sistemas de recoñecemento a traballadores/as e equipos que consigan resultados positivos en termos de diminución de contencións mecánicas, do desenvolvemento de mellores prácticas na atención baseada nos dereitos e do nivel de satisfacción de usuarios/as e profesionais.

- Fomentarase e apoiarase as liñas de investigación relacionadas co desenvolvemento de programas de “contención cero”.

## 2.- Existencia de datos para informar sobre a práctica

- As áreas sanitarias e a Consellería de Sanidade deben garantir que se realiza un rexistro exhaustivo e detallado de cada contención realizada nos servizos de saúde mental da Comunidade. Este rexistro debe incluír un espazo reservado para os informes das persoas que foron obxecto da contención.
- A información adecuadamente cumprimentada incluírase no rexistro autonómico (de carácter anonimizado) co fin de recoller os datos desagregados por unidades, e estará a disposición dos distintos axentes sociais e/ou políticos que a soliciten.
- O rexistro estará sustentado nunha base externa ao centro, baixo a responsabilidade dos servizos de inspección.
- Con carácter regular, devolverase a información sobre os datos rexistrados, con máxima transparencia e actitude non punitiva, aos distintos centros con fin de establecer estratexias de mellora e aprendizaxe continuos, así como de reforzar a implicación positiva dos equipos para conseguir contornas saudables de recuperación.

## 3º.-Formación e capacitación dos/as profesionais

- A formación continua dos/as profesionais é clave no éxito do proxecto. Deberá estar baseado nos seguintes principios: formación intersectorial e multidisciplinar, incluíndo as experiencias de usuarios/as; continuada e permanente ao longo do tempo, plurianual, e preferentemente dentro do horario laboral ou compensada; formación eminentemente práctica e de desempeño, orientada a producir cambios actitudinais e a redución de prexuízos e estereotipos sobre o trastorno mental.
- Unha parte significativa da formación deberá desenvolverse nas distintos dispositivos de saúde mental que contén con plans de erradicación da contención mecánica, co fin de promover un cambio na cultura de equipo que promova o traballo colaborativo e contornas saudables de atención. Terá un carácter transversal e non xerarquizado, e será impartida e dirixida a todo o persoal, contando tamén con expertos por experiencia (primeira persoa) como docentes..
- A formación incluírá dinámicas experienciais (“ponte no meu lugar”) para abordar contidos actitudinais e emocionais. Contarase tamén con espazos de supervisión desde unha perspectiva do trauma informado, e da influencia que teñen sobre as persoas as respostas institucionais coercitivas ou paternalistas, que reproducen relacións de poder e desigualdade, conducindo a potenciais retraumatizacións).
- Os contidos deben ir máis alá da formación sobre os procedementos de uso da contención mecánica, ocupando maior carga lectiva as estratexias de prevención do uso das medidas coercitivas, como son as dirixidas á intervención

en crise non coercitivas e mediación de conflitos, ou as técnicas de desescalada verbal. Así mesmo, debe darse formación sobre metodoloxía de análise de eventos adversos e centinelas.

- Debe incluír a formación en dereitos humanos de acordo cos principios da Convención sobre os Dereitos das persoas con discapacidade.

- Introducirase docencia en saúde mental e dereitos humanos na formación de pregrao e posgrao, así como nos programas de formación especializada de saúde mental (MIR, PIR, EIR).

#### **4º.- Política e técnicas de prevención da contención e o illamento**

- Formaranse equipos de intervención en crise que poidan realizar funcións de consultoría aos equipos de sala, e atención directa se se precisa.

- Avaliaranse as necesidades de recursos humanos e a mellora dos centros sanitarios desde un enfoque da atención baseada nos dereitos humanos e cun enfoque coherente coa lei 8/2021, na que se sitúan a vontade e as preferencias das persoas con discapacidade en primeiro lugar. Revisaranse e dotaranse, se fose preciso, as plantillas, tendo en conta as ratios de persoal por usuarios/as necesarias para realizar todas as actividades terapéuticas, rehabilitadoras e ocupacionais precisas, evitando as actividades repetitivas e mecánicas.

- Realizarase unha valoración e mellora dos espazos físicos para asegurar un entorno de benestar e confortabilidade, reducindo a sobreestimulación (acústica, visual) e posibilitando a existencia de espazos de intimidade (salas de calma ou similares) que poidan sen empregados en momentos de maior distrés.

- Han de revisarse as normas dos distintos dispositivos, eliminando as que non sexan imprescindiblemente necesarias, dado que por si mesmas poderían considerarse contrarias a un plan individual de tratamento baseado nos dereitos humanos e na decisión da persoa.

- Capacitarase ao persoal en técnicas de desescalada verbal, dentro dun plan de redución do uso da contención.

- Eliminarase a indicación “contención se precisa”. En todo caso unha indicación de contención ha de realizarse no momento, tras unha avaliación que necesariamente require a presenza física do responsable e sendo considerada como última alternativa para evitar un mal maior.

#### **5º.- Implicación dos/as usuarios/as**

- Os colectivos en primeira persoa e asociacións de familiares terán un lugar destacado na planificación, seguimento e propostas do plan de erradicación da contención.

- Estudarase a posibilidade de introducir profesionais expertos por experiencia como parte dos equipos terapéuticos.
- Estableceranse mecanismos de participación efectiva das persoas ingresadas nos servizos de saúde mental, fomentando o compromiso institucional cos obxectivos de recuperación e coa prevención e erradicación do uso de contencións mecánicas.

## 6º.- Técnicas de análise post-incidente

- Toda contención mecánica ha de ser explicada posteriormente, sen excepción. E deberán valorarse necesariamente as condicións, circunstancias ou decisións que conduciron á necesidade de aplicala, buscándose a aprendizaxe a partires da mesma, co obxecto de progresar no plan de contención cero.
- Os episodios de contención mecánica terán a consideración de eventos centinela, de acordo coa definición de organizacións internacionais como a Joint Comisión International ou a National Quality Forum sucesos que causas a morte ou graves danos físicos ou psíquicos, ou que teñen o potencial de causalos.
- De acordo con esta valoración, ten que darse unha investigación e análise integral inmediata, seguindo unha metodoloxía planificada, como poden ser a Análise Causa-Raíz ou procedementos de *debriefing*, co obxectivo de recoller a máxima información posible para reconstruír o episodio e poder establecer un plan de mellora e prevención de sucesos futuros.

Isto implica un traballo de equipo e colaborativo, que en ningún caso teña un carácter punitivo nin para usuarios nin para profesionais.

Analizaranse, cando menos, os seguintes elementos:

- Os antecedentes do episodio que deron lugar á contención: o posible uso previo de medidas non coercitivas, os posibles factores que provocaron a súa ineficacia, e a avaliación realizada do risco inminente de perigo ou dano.
- O propio procedemento da realización da contención, así como do seguimento e retirada da mesma, téndose en conta en todo momento o seu grao de adecuación ao protocolo.
- Do estado emocional da persoa contida e dos distintos intervintes ao longo do proceso.
- Da testemuña directa de tódolos implicados.

Finalmente dita análise ha de dar lugar a unha valoración final, unhas recomendacións e a unha aprendizaxe.

- Por outra parte toda intervención de limitación de dereitos fundamentais (entre as cales se atopa a contención mecánica) debe ser comunicada de inmediato aos correspondentes órganos xudiciais, quen valorarán a súa necesidade e/ou pertinencia e, de ser o caso, a autorizarán durante o tempo estritamente indispensable.