

Estrategia para avanzar hacia una red de servicios de salud mental libre de coerción

Propuesta: Firmado por el Comité de Seguimiento de la Estrategia para avanzar hacia unos servicios de salud mental libres de coerción

Justificación

Varios factores han contribuido a sensibilizar a los servicios de salud mental sobre la necesidad de repensar sus actuaciones para garantizar que proporcionan efectivamente una atención basada en derechos.

1. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas y los sucesivos informes de los relatores de Naciones Unidas han marcado un cambio de paradigma desde la búsqueda de garantías para la sustitución de las decisiones en la que se basaba nuestra legislación al apoyo para garantizar la toma de decisiones por la persona con discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 2006)(Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2014) (Puras, 2017)(Méndez, 2013)(Devandas Aguilar, 2019)
2. El movimiento de las personas afectas de sufrimiento psíquico que de modo creciente aboga por una atención basada en los derechos (Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris, 2009)
3. La toma de conciencia creciente del daño que pueden producir las intervenciones en salud mental independientemente de cuál sea la intención con la que se practiquen (Beviá & Bono, 2017)(Ortiz, 2013)
4. La toma de postura de algunas asociaciones profesionales que se han alineado con los movimientos de usuarios y allegados (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Confederación Salud Mental España, Federación de Asociaciones en Primera Persona, & Federación Catalana d'Entitats de Salud Mental en 1ª Persona (VEUS), 2016)

La Comisión de Asistencia de la Red de Servicios de Salud Mental correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en Alcalá de Henares (Madrid) se adhirió el 23 de junio de 2016 al Manifiesto de Cartagena (Asociación Española de Neuropsiquiatría et al., 2016) y a las y a las recomendaciones del Comité de Bioética de España en torno al uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario (Comité de Bioética de España, 2016).

Las acciones desarrolladas desde ese momento delimitan una estrategia para avanzar hacia la abolición de las prácticas coercitivas que pretende ser evaluable y que se presenta en este trabajo.

Obstáculos

Falta de registros / falta de conciencia del problema

Si hay algo que ha puesto de manifiesto la presencia en las actividades de algunas asociaciones profesionales, como la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de activistas de la salud mental con experiencia en primera persona como receptores de atención en salud mental, es que los profesionales de salud mental tienen muy escasa conciencia de cómo sus actuaciones – independientemente de la intención con la que sean efectuadas - conllevan vulneraciones a veces muy importantes de los derechos de las personas a las que atienden.

Esta falta de conciencia se traduce – y a la vez es facilitada por – la falta de registro de las medidas coercitivas y, consiguientemente, el desconocimiento de la magnitud del problema, la imposibilidad de comparar su dimensión en unos y otros servicios y de medir los efectos de cualquier medida adoptada para intentar abordarlo.

En nuestro país los sistemas de información son diferentes para cada comunidad autónoma. Sin embargo, al menos para la atención hospitalaria existe un sistema de información homologado que permite extraer valiosa información sobre el funcionamiento de los hospitales (Alfaro et al., 2007). Llama la atención que entre los datos que ofrece no se incluya ni siquiera el número de ingresos involuntarios en las unidades de Psiquiatría.

En la Comunidad de Madrid, aunque existe una disposición que obligaría a registrar algunas prácticas coercitivas como la contención mecánica (Molina Muñoz, 2017), no existe un registro central ni se ha acordado un sistema de registro en cada servicio que permita cuantificar su uso y conocer su evolución. En el Hospital Universitario Príncipe de Asturias el registro de las contenciones mecánicas hasta 2018 se hacía en papel y se guardaba en la historia de cada paciente con lo que no es fácil conocer su frecuencia de uso.

Falta de transposición de la normativa internacional

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas obliga a los estados formantes entre los que se encuentra el español. Pero de momento no se ha producido una transposición de esta norma a la legislación española que sigue actuando desde el paradigma de la sustitución de voluntades y no del apoyo en la toma de decisiones.

Esto determina el que actuaciones conformes a la norma internacional puedan ser consideradas negligentes en aplicación de la legislación nacional. Y esto puede tener un efecto en la toma de decisiones de los profesionales.

Reduccionismo biológico en el modo de entender los problemas de salud mental

Las actuaciones coercitivas muy frecuentemente se asientan en una concepción de la salud mental y de los trastornos mentales como alteraciones bioquímicas que han de ser abordadas a través de la administración de sustancias capaces de compensarlas. Según esta concepción la conducta y la experiencia de la persona enferma responde a la enfermedad, no a la persona y debe considerarse como síntoma de la misma no como algo provisto de significado. Esta concepción junto con las asimetrías de poder generadas por el sistema asistencial y el uso sesgado de los datos empíricos potenciado por los intereses de distinto tipo implicados en el manejo social de los comportamientos que pueden ser considerados problemáticos, han sido señalados por el relator de Naciones Unidas Dainius Puras como constituyentes de lo que llama carga mundial de obstáculos para una atención acorde con los principios de la Convención (Puras, 2017)

El desarrollo de concepciones de la salud mental y sus alteraciones alternativas a esta es fundamental para sustentar una práctica diferente. Estas concepciones alternativas, que fueron incluso dominantes en algunos momentos de la historia de la atención a la salud mental, han sido marginadas en los momentos de auge del reduccionismo biomédico propiciado por la industria farmacéutica desde los años 90 del siglo pasado (Alberto Fernández Liria, 2018). Hoy hay propuestas bien articuladas que deben ser acercadas a los servicios si estos han de cambiar (Johnstone et al., 2018)(Seikkula & Arnkil, 2015)(Cooke, 2014)(Tizón, 2018)(Romme & Escher, 1999)(Lucy Johnstone, Stuart Whomsley, Samantha Cole, & Nick Oliver, 2011)(Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001)

Áreas de actuación

Compromiso

El primer objetivo de cualquier intento de cambio es lograr que los profesionales, los usuarios de los servicios y la sociedad en su conjunto tomen conciencia del problema y manifiesten su voluntad de abordarlo. Para ello se llevó a la Comisión de Asistencia la propuesta de aprobar una declaración de intenciones.

Adhesión al Manifiesto de Cartagena y a las recomendaciones del Comité de Bioética

Como punto de partida de la estrategia de reducción del uso de la coerción, la Comisión de Asistencia adoptó con fecha de 23 de junio de 2016 un compromiso con un modelo asistencial comunitario que tiene como objetivo la recuperación de las personas afectadas de sufrimiento psíquico y, por tanto la adhesión al *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción* (Asociación Española de Neuropsiquiatría et al., 2016) y a las *recomendaciones del Comité de Bioética de España en torno al uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario* (Comité de Bioética de España, 2016). Dicho compromiso fue colgado en la web de los servicios.

Política de transparencia

Para hacer visibles las prácticas de los servicios a los usuarios y a la población en general se articularon dos instrumentos.

1. Un *Registro de Buenas Prácticas*, construido sobre una propuesta inicial de un grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría al que solicitó que cada dispositivo enviara información sobre aquellas prácticas que ya realizaba o tenía proyecto de realizar para avanzar hacia unos servicios libres de coerción
2. Un *Informe anual sobre el uso de la coerción* el primero de los cuáles correspondía al año 2017 que pretendía proporcionar una foto fija anual del problema para poder conocer el efecto de las medidas puestas en práctica. Lo primero que estos informes pusieron de manifiesto fue la falta de información válida para este propósito. Por ello buena parte de las medidas que se iniciaron a partir de ellos tuvieron que ver con la puesta en marcha de sistemas de registro que permitieran utilizar como línea base los años 2017, 2018 o 2019.

Tanto el registro de buenas prácticas como los informes anuales están colgados en la web de los servicios y disponibles para el público en general.

Está pendiente encontrar los modos de recabar el compromiso en sus áreas de competencias de otras instituciones sanitarias – empezando por el hospital en su conjunto, instituciones como puedan ser las municipales, otras fuerzas sociales y la sociedad en su conjunto.

Contención mecánica

Sistemas de registro

La contención mecánica constituye la más flagrante de las restricciones de derechos practicadas en la red. En el momento de adoptar el compromiso no existía un registro organizado que nos permitiera conocer la extensión de su uso. Por ello fue necesario adoptar las medidas para implantarlo en tres entornos diferentes

1. La unidad de hospitalización
2. La urgencia de Psiquiatría
3. El resto del hospital

Disponemos información de la unidad desde 2018. Por una serie de problemas con los sistemas generales de registro, no tendremos datos fiables de la urgencia más que desde 2019 y en 2019 se está trabajando en el proyecto de registro para todo el hospital.

Análisis de la contención considerada como un fracaso

Los sistemas de registro propuestos no pretenden sólo cuantificar estas prácticas, sino, también analizar qué medidas alternativas han fracasado para que se haya llegado a recurrir a ellas y facilitar un análisis que permita nuevos aprendizajes.

Dado que no hay datos publicados en hospitales de nuestro entorno desconocemos cuál es nuestra posición relativa. Se están realizando trabajos para comparar el uso de la contención mecánica en nuestro medio con lo publicado en otros países europeos. La comparación puede decir poco debido a diferencias en las definiciones y al uso frecuente del aislamiento como alternativa a la contención en algunos países. En una primera aproximación, dado que el número de camas y de ingresos por habitante es menor en nuestro medio, parece que aunque la tasa de episodios por ingreso sea parecida a la de los países que la tienen más baja, la tasa de contenciones por mil habitantes sea netamente menor que la informada en los países del norte de Europa (Lepping, Masood, Flammer, & Noorthoorn, 2016). La duración de las medidas de contención cuando se adoptan es mucho más larga de la informada en otros países (Steinert et al., 2010).

Ingreso involuntario

El ingreso y el tratamiento involuntario están regulados en nuestra legislación de acuerdo con el paradigma previo a la firma de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. El artículo 763 de la *Ley de*

Enjuiciamiento Civil lo que pretende es que la sustitución de la voluntad de la *persona enferma* (algo que la Convención proscribiera), se haga con garantías (por lo que requiere el concurso de un médico y de un juez) y en beneficio de ésta (Jefatura del Estado, 2000).

Aquí sí disponemos del histórico de datos del hospital (no están publicados ni los del conjunto del Estado ni los de la Comunidad Autónoma). Se ha producido una reducción sustantiva del número de ingresos involuntarios y un aumento de los que iniciándose como involuntarios, pasan a ser voluntarios antes del alta. Pero ha habido un cambio en los criterios para requerir unos y otros por parte de los juzgados que hace que el valor de estos datos sea poco fiable.

Es excepcional que se disponga de asistencia letrada y no existe un mecanismo de rutina para facilitar el acceso a ella.

Medicación forzosa

La administración forzosa de medicación se practica en los recursos más coercitivos de la red. No existen registros de la misma.

Si bien en un extremo es claro que hay administración de medicación que debe ser considerada como forzosa (la medicación inyectable que se administra a un paciente en contención mecánica) no está claro cuando la administración de medicación en un medio coercitivo o con capacidad de promover medidas coercitivas puede ser considerada netamente como voluntaria. Los límites de la coerción formal e informal son tanto más imprecisos cuanto más coercitivo es el entorno y más pronunciadas son las asimetrías de poder en la relación.

No tenemos disponibles tampoco indicadores indirectos como el uso de medicaciones de acción prolongada.

Decisiones anticipadas

Se ha implantado un sistema de recogida de decisiones anticipadas por los usuarios de la red que permite determinar de antemano desde una situación de calma qué opción preferirían en situaciones críticas previsibles. Las declaraciones son visibles desde los dispositivos donde más frecuentemente se adoptan medidas coercitivas (todos los del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental) y cada uno de los dispositivos de la red de rehabilitación dispone de una copia de las de sus usuarios.

Ambientes

Unidad de Hospitalización

La unidad de hospitalización está concebida como una unidad cerrada. Las primeras medidas adoptadas a este respecto han consistido en aumentar la posibilidad de realizar salidas. Aunque hay previstas salidas de la unidad varias veces al día con o sin acompañamiento por parte del personal, estas requieren autorización expresa de los profesionales y no todos los pacientes las tienen permitidas.

El horario de visitas se ha extendido como parte de la estrategia de reducción del uso de la coerción, pero sigue siendo menos extenso que en otros servicios del hospital.

El régimen de estancia supone restricciones en cuanto a indumentaria, acceso a pertenencias, uso de teléfonos móviles y otros que han de ser reconsiderados. Algunas de las mejoras requieren de modificaciones arquitectónicas o, al menos de mobiliario (armarios...).

Está por articular un proyecto que permita avanzar hacia una unidad abierta.

Urgencias

La urgencia es el lugar donde con más frecuencia se toma la decisión del ingreso involuntario y también, junto con la unidad de hospitalización en el que con más frecuencia se practica la contención mecánica y la medicación forzosa.

La actuación en este entorno está facilitada porque, aunque la enfermería que la atiende es la general de la urgencia, tiene asignado un psiquiatra fijo con dedicación a tiempo completo en turno de mañana.

Hay tres obstáculos que dificultan la actuación libre de coerción. El primero es la inadecuación del espacio ya que los pacientes ingresan en camas o sillones de la urgencia general en un entorno poco relajante y poco tolerante para con algunas manifestaciones comportamentales. Este obstáculo se resolvería si se habilitara el espacio específicamente construido para la urgencia de salud mental que está sin uso porque no se ha dotado el personal de enfermería que sería preciso para poder abrirlo. El segundo obstáculo es la ausencia de registros que permitan dimensionar el problema y evaluar las actuaciones. Lo que sí sabemos es que de las 2.256 urgencias atendidas en 2018 un 12,59% generaron ingresos en la unidad de hospitalización de los que un 46% (un 5,85% de las urgencias atendidas) fueron ingresos involuntarios

El tercer obstáculo tiene que ver con la preparación y disposición del personal interviniente que, frecuentemente, sólo ha recibido preparación para la contención mecánica y no en medidas alternativas. Para abordarlo está en marcha la elaboración de un protocolo de manejo de la agitación psicomotriz que incluya medidas de desescalada y estrategias de comunicación, la organización de actividades de formación basadas en él y la difusión de un algoritmo de actuación. La puesta en marcha del espacio específico de la urgencia con asignación de personal especializado supondría un avance enorme también respecto a este problema.

Intervenciones domiciliarias

La atención domiciliaria en la red se ha realizado durante muchos años principalmente desde los *Programas de Continuidad de Cuidados* y el *Equipo de Apoyo Social y Comunitario*. La dotación de los programas de Continuidad de Cuidados no ha variado desde sus orígenes hasta el último plan de salud mental a pesar de que la población se ha duplicado y la evolución de la pirámide de población haya multiplicado el número de personas subsidiarias de estos programas. Por ello la atención domiciliaria se había convertido en una alternativa excepcional en este programa. Con la dotación de personal de enfermería a cargo del plan de 2017-2020 se ha buscado retomar esta prestación.

Al *Equipo de Apoyo Social y Comunitario* nos referiremos en el apartado correspondiente a los recursos de rehabilitación.

En los años 2012 y 2017 se pusieron en marcha dos programas específicamente dedicados a la atención domiciliaria y que tienen entre sus objetivos el de proporcionar alternativas no coercitivas o que minimicen el uso de la coerción: el de hospitalización domiciliaria. La puesta en marcha de estos dos programas – que es

única en la Comunidad de Madrid – constituye un elemento clave en la estrategia para avanzar hacia unos servicios libres de coerción

Hospitalización domiciliaria

Se trata de un programa que tiene como objetivo proporcionar una alternativa a un medio restrictivo como es la unidad de hospitalización y carece de medios de coerción formal. Se basa en una filosofía de toma de decisiones compartidas. La guía de ingreso establece que la hospitalización domiciliaria debe ser considerada como la primera opción al valorar la necesidad de hospitalización y sólo cuando esta no es viable o no puede satisfacer las necesidades detectadas, se debe indicar la hospitalización en la unidad hospitalaria.

Unidad de Atención Temprana

Se plantea como una *unidad libre de coerción*, que para evitar la misma, utiliza estrategias dialógicas de respuesta inmediata para atender a personas afectadas por crisis psicóticas y su entorno. Dos miembros del equipo acuden a domicilio a demanda y toman las decisiones sobre el tratamiento y los apoyos necesarios de forma consensuada. Carece de medios de coerción formal, no se fuerza la toma de medicación, ni se emplea la contención mecánica. Durante el año 2018 no se ha indicado ningún ingreso involuntario. Actualmente el equipo se haya en un proceso de reflexión continuo sobre el uso de prácticas de coerción informal o de baja intensidad.

Los recursos de rehabilitación, la normativización y sus problemas

La red de servicios de salud mental de Alcalá de Henares integra una buena cantidad de recursos de rehabilitación que Forma parte de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera y dependen de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comprenden

- Un Centro de Rehabilitación Psicosocial
- Dos Centros de Día
- Un Equipo de Apoyo Social y Comunitario
- Un Centro de Rehabilitación Laboral
- Dos Minirresidencias
- Tres pisos supervisados

Desde todos ellos se desarrollan programas individualizados para pacientes que reciben su tratamiento psiquiátrico en los centros de salud mental, y carecen de medios de coerción formal.

Sin embargo, entre sus funciones se encuentra la promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico y esta se justifica frecuentemente en base a modelos muy biomédicos de los trastornos mentales a pesar de que la filosofía en base a la que se desarrollan los programas de rehabilitación está muy lejana a estos modelos.

Otro aspecto que podría ser controvertido y que no ha sido debatido en la red es el de los aspectos de coerción informal que pueden vehicular las estrategias de control de contingencias si no se encuadran en un marco de toma de decisiones compartidas.

La filosofía de partida de toda esta red es la de proporcionar acceso al mayor nivel de autonomía posible a cada persona atendida.

Algunos recursos de rehabilitación han sido pioneros en el desarrollo del sistema de toma de decisiones compartidas.

Está pendiente un debate sobre los aspectos señalados

El Centro de Atención Integral a las Drogodependencias

Es el centro con mayor número de personas que reciben tratamiento como medida alternativa a la pena de prisión o a sanciones administrativas. No dispone de medios de coerción formal pero probablemente operan en él de un modo particularmente importante los mecanismos de coerción informal.

Coerción informal

En un sistema provisto de mecanismos de coerción la coerción informal puede operar de un modo abierto (“si no haces te tomas la medicación, indico un ingreso involuntario”) o tácito. El modo en el que lo hace puede ser muy diferente en los distintos dispositivos (en la urgencia, el centro de salud mental un centro de día o una minirresidencia...).

Detectar estas formas de coerción requiere de una revisión de las prácticas vigentes y de un debate conceptual que apenas ha comenzado.

No tenemos un modo reglado de conocer su extensión ni siquiera a través de indicadores indirectos como podría ser la administración de medicación de acción prolongada.

Alternativas al reduccionismo biomédico

Buena parte de las medidas coercitivas se justifican en base a una visión reduccionista que desprovee de significado o de legitimidad a las demandas de las personas con problemas de salud mental convirtiéndolas en meros síntomas que remiten a una enfermedad y no a la persona que la padece.

Por ello el desarrollo de sistemas menos coercitivos supone también el de aproximaciones al sufrimiento psíquico alternativas y el de estrategias de ayuda basados en ellas.

La estrategia incluye el desarrollo de actividades de formación, tanto continuada para los profesionales de plantilla, como especializada para los residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en salud Mental y en la formación de pregrado sobre visones alternativas a los sistemas diagnósticos como la formulación de casos, el Marco de Poder Amenaza y Significado u otros, y en estrategias de actuación que sustentan prácticas no coercitivas como las basadas en las narrativas, las prácticas dialógicas o las que tienen como objetivo los buenos tratos (Johnstone et al., 2018)(Seikkula & Arnkil, 2015)(Cooke, 2014)(Tizón, 2018)(Romme & Escher, 1999)(Lucy Johnstone et al., 2011)(Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001) (Bowers, 2015).

Evaluación e investigación

Una estrategia como la propuesta necesita ser evaluada. Por ello los primeros pasos dados después de acordar el compromiso han sido garantizar el acceso a datos que permitan construir indicadores. A ello responden los sistemas de registro implantados o en vías de implantación. Estas evaluaciones se incorporarán a los informes anuales sobre el uso de la coerción.

Paralelamente se ha planteado al menos un proyecto de investigación sobre el uso de contenciones mecánicas en la unidad de hospitalización que ha sido presentado al Comité Ético de Investigación Clínica.

Participación

Una estrategia como esta no puede llevarse a cabo sin la participación de las partes implicadas que incluyen al menos a los profesionales, personas con experiencia como usuarios de los servicios y familiares o allegados, aunque a éstos habría que añadir representantes de la sociedad civil y las fuerzas sociales que operan en ella.

Con estos tres componentes se ha constituido el Comité de Promoción y Seguimiento de la Estrategia para Avanzar hacia unos Servicios de Salud Mental Libres de Coerción. Los componentes de este Comité han sido propuestos desde las comisiones de Asistencia y de Usuarios de la Red de Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares

Conclusión

El cambio de paradigma en el modo de abordar las actuaciones sobre la discapacidad marcado por la firma de la Convención de 2006 (Organización de Naciones Unidas, 2006) requeriría cambios importantes en nuestro sistema de atención a la salud mental y su modo de actuar. Hasta la fecha estas exigencias no se han transpuesto a la legislación nacional, que sigue respondiendo al paradigma anterior.

El avance hacia unos servicios de salud mental libres de coerción está dificultado muy frecuentemente por una falta de conciencia de la sociedad, los profesionales y los usuarios del carácter coercitivo del sistema y sus actuaciones.

Por ello un primer punto de partida es el compromiso de avanzar hacia esa meta y la articulación de los medios que permitan evaluar los avances – o retrocesos o estancamientos - que puedan producirse.

Hacer explícitos los planes de transformación y hacer transparente el funcionamiento de la red al respecto y el proceso de desarrollo es un requisito para que el proceso pueda desarrollarse y lo haga rindiendo cuentas ante la sociedad a la pretende beneficiar.

Bibliografía

- Alfaro, M., Gogorcena, M. A., Cózar, R., López, O., Lopez, P., & Salmador, E. (2007). Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD) documento base Julio de 2007. *Plan de Calidad Para El Sistema Nacional de Salud*.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, Confederación Salud Mental España, Federación de Asociaciones en Primera Persona, & Federación Catalana d'Entitats de Salud Mental en 1ª Persona (VEUS). (2016). Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción.
- Beviá, B., & Bono, Á. (Eds.). (2017). *Coerción y salud mental: revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bowers, L. (2015). *the Safewards model*. Retrieved from [http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards model.pdf](http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf)

- Comité de Bioética de España. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Retrieved from <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe Contenciones-CBE.pdf>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/11/4)*. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>.
- Cooke, A. (Ed.). (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia: (Trad cast: Comprender la psicosis y la esquizofrenia Disponible en: <http://omeaen.org/files/2013/12/Comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-A.-Cooke-et-al-2015-2014.pdf>)*. Retrieved from [https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division of Clinical Psychology/public/understanding_psychosis_-_final_19th_nov_2014.pdf](https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/understanding_psychosis_-_final_19th_nov_2014.pdf)
- Devandas Aguilar, C. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad A/HRC/40/54* (Vol. 00440). Geneve: Organización de Naciones Unidas.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria, Alberto. (2018). *Locura de la Psiquiatría: apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la "salud mental"* (Primera). Bilbao: Dessclée de Brouwer.
- Jefatura del Estado. (2000). *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil* (p. BOE-A-2000-323). p. BOE-A-2000-323. Boletín Oficial del Estado.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., ... Read, J. (2018). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E., & Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1301–1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>
- Lucy Johnstone, Stuart Whomsley, Samantha Cole, & Nick Oliver. (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. Retrieved from www.bps.org.uk
- Méndez, J. E. (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/HRC/22/53). *Consejo de Derechos Humanos*, Vol. 4, pp. 1–26. <https://doi.org/10.18268/bsgm1908v4n1x1>
- Molina Muñoz, M. (2017). *Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud*. Madrid.
- Organización de Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. 1–42. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Puras, D. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/35/21. Retrieved from <http://undocs.org/es/A/HRC/35/21>
- Romme, M., & Escher, S. (1999). *Omgang met stemmen horen (trad cast: Dando*

sentido a las voces: Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces, Madrid: FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS, 2. Bemelen: Stichting Positieve Gezondheidszorg.

Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices; 50 stories of recovery*. Herefordshire: PCCS books.

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2015). *Dialogical meetings in social networks (Trad cast: Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona, Herder, 2016)*. London: Karnac.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>

Tizón, J. L. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación*. Barcelona: Herder.

Áreas de actuación	Acciones
Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Adhesión al Manifiesto de Cartagena y a las recomendaciones del Comité de Bioética • Política de transparencia <ul style="list-style-type: none"> ○ Registro de buenas prácticas ○ Informe anual
Contención mecánica	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de registros • Implantación de sistema de análisis • Implantación del sistema de decisiones anticipadas
Ingreso involuntario	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación sistema de análisis • Mejora de las garantías • Implantación del sistema de decisiones anticipadas
Medicación forzosa	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar el acuerdo sobre el concepto • Registro y análisis de indicadores indirectos • Implantación del sistema de decisiones anticipadas
Decisiones anticipadas	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema de recogida para toda la red
Actuación sobre ambientes	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización <ul style="list-style-type: none"> ○ Salidas ○ Visitas ○ Restricciones en la estancia ○ Proyecto de una unidad abierta • Urgencias <ul style="list-style-type: none"> ○ Espacios ○ Registros ○ Vía clínica para agitación psicomotriz ○ Formación del personal • Potenciación de las intervenciones domiciliarias <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospitalización domiciliaria ○ Unidad de Atención Temprana • Recursos de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión de cumplimiento del objetivo de la máxima autonomía ○ Revisión conceptual de contenidos de los programas de psicoeducación ○ Revisión de las estrategias de acuerdo de objetivos en la línea de la toma de decisiones compartidas ○ Revisión de posibles elementos de coerción informal • Centro de Atención a las drogodependencias

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión de posibles elementos de coerción informal
Coerción informal	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de las prácticas y debate conceptual
Evaluación e investigación	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación reflejada en los informes anuales ● Proyectos de investigación
Alternativas al reduccionismo biomédico	<ul style="list-style-type: none"> ● Actividades de formación <ul style="list-style-type: none"> ○ Continuada ○ Especializada ○ De pregrado

Tabla 1: Objetivos y principales medidas en la puesta en marcha de la estrategia para avanzar hacia unos servicios libres de coerción