

Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica

Hablar, en pleno siglo XXI, del uso de medidas restrictivas en una actividad de atención sanitaria (psiquiatría en este caso), de entrada resulta un total contradictorio, que puede retrotraernos en el imaginario colectivo a las épocas más oscuras de la psiquiatría, no tan lejanas, en las cuales precisamente eran estas medidas restrictivas/coercitivas su eje fundamental, llegando incluso al aislamiento permanente de la persona como medio de protección de una sociedad indefensa ante el «loco», es decir ante una persona muy peligrosa, capaz de cualquier cosa, y por tanto incapaz de convivir e integrarse en la dinámica social de su entorno. Todo ello ante la ausencia de tratamientos farmacológicos efectivos, que se desarrollan bien entrada la segunda mitad del siglo XX.

En la última parte del siglo pasado, se va regulando en los textos constitucionales de todos los países, sobre todo del mundo occidental, la libertad de la persona como derecho fundamental de la misma. En este caso la Constitución Española (CE), consagra una protección del derecho a la libertad individual a dos niveles:

- La **libertad** tiene el carácter de valor superior del ordenamiento jurídico.
- Se protege de un modo especialmente intenso la **libertad física** del individuo.

En el ejercicio de la actividad sanitaria/asistencial, la CE no realiza mención alguna a la posibili-

dad de los tratamientos sanitarios obligatorios, como sí sucede en otros países de nuestro entorno.

La libertad individual del “enfermo” es objeto de mención y regulación, por primera vez, en España en la Ley General de Sanidad de 1986, en la cual se recoge: *“la libre elección del enfermo entre distintas opciones terapéuticas previo consentimiento informado, salvo en casos en que la persona no se encuentre capacitada para tomar decisiones o por razones de urgencia”*.

En la actualidad la regulación y protección de la libertad de la persona en su relación con el sistema sanitario, está recogida en la Ley catalana 21/2000 de 29 de Diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, y sus homólogas leyes autonómicas, y en la Ley 41/2002 básica estatal de 14 de Noviembre, sobre la misma temática. En ambos textos legales, muy similares, se recoge la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Entre ellos se recogen como **fundamentales** los siguientes:

- La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, como ejes principales de su relación con el sistema sanitario y sus profesionales.
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo

consentimiento del paciente o usuarios.

- El paciente tiene derecho a decidir libremente.
- Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo los casos determinados por ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado, no sólo a la correcta práctica en sus técnicas, sino al cumplimiento de sus deberes de información y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
- Las personas que elaboren o tengan acceso a la información y documentación clínica están obligadas a guardar la reserva debida.

En principio y en líneas generales, la atención psiquiátrica, totalmente incluida dentro del sistema sanitario general del país, está regulada por la legislación anteriormente citada.

Pero entonces, *¿Qué nos hace diferentes? ¿Por qué en la atención psiquiátrica hablamos del uso de medidas restrictivas?*

Justo lo contrario de lo que promulgan claramente las leyes. En general, la ley no hace distinciones entre las diferentes especialidades dentro de la atención sanitaria y, por tanto, el respeto a la auto-

mía, el derecho a decidir libremente y el respeto a la dignidad, son, en principio, de obligado cumplimiento en la atención psiquiátrica. No obstante, si bien en la atención sanitaria general se contempla sistemáticamente el respeto a la autonomía y a la libre elección del paciente, sea cual sea la decisión, en la atención psiquiátrica, se presupone que esta autonomía hay que ponerla en entredicho. De entrada en el propio sistema sanitario tendemos a generalizar y dar por supuesto algo que es particular de cada persona y además puede variar en cada momento evolutivo de su proceso patológico.

■

La ley no hace distinciones entre las diferentes especialidades dentro de la atención sanitaria y por tanto el respeto a la autonomía, el derecho a decidir libremente y el respeto a la dignidad son, en principio, de obligado cumplimiento en la atención psiquiátrica

■

La atención psiquiátrica, es la única prestación sanitaria/asistencial en la que está regulada por ley la hospitalización involuntaria, a través del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y su homónimo art. 255 del Código de Familia de Cataluña. Se trata de proteger un derecho constitucional del ciudadano, como es el derecho a la salud y, por tanto, a los cuidados para garantizarla, en aquellas personas que niegan su enfermedad y necesidad de atención y tratamiento; y como una protección de las mismas, ya que de no ser así quedarían abandonadas a su suerte, con un importante sufrimien-

to, cuando no riesgo vital para sí mismos o los que les rodean; y todo ello con el correspondiente control y seguimiento judicial de la hospitalización.

¿Qué puede llevar a suprimir tan drásticamente la autonomía y el derecho de la persona a decidir libremente sobre su salud?

Todas las leyes anteriormente citadas, recogen la autonomía y el respeto a la libre elección, excepto en situaciones en las que no se encuentre capacitada para tomar decisiones o por razones de urgencia. Se expresa claramente la relación autonomía-capacidad como un binomio inseparable. Es decir no puede haber autonomía plena y, por tanto, libertad de elección, si la persona en aquel momento no está capacitada para tomar la decisión.

¿Qué entendemos por capacidad?

Desde el punto de vista ético capacidad o competencia mental, se refiere a las aptitudes de la persona para recibir, comprender y retener la información relevante que se le ofrece acerca de su situación clínica y poder tomar una decisión consecuente con la naturaleza de dicha información. Estamos hablando por tanto de la capacidad de entender, valorar, razonar y tomar una decisión consecuente.

Aquí sí que observamos una diferencia en la atención psiquiátrica, de corte cualitativo, en relación al resto de la atención sanitaria. En psiquiatría, en los trastornos mentales graves o no tan graves, pero en momentos evolutivos concretos, la persona no

está en condiciones de tomar una decisión sobre su proceso y, por tanto, estaría justificada la regulación judicial de la hospitalización psiquiátrica involuntaria, tal como lo recoge la propia ley. A pesar de dicha justificación, debemos poner unos límites, para que no se generalice y se aplique sólo en momentos concretos y puntuales y siempre habiendo agotado previamente el uso de medidas terapéuticas menos restrictivas.

■

En psiquiatría, en los trastornos mentales graves o no tan graves, pero en momentos evolutivos concretos, la persona no está en condiciones de tomar una decisión sobre su proceso y, por tanto, estaría justificada la regulación judicial de la hospitalización psiquiátrica involuntaria

■

Así pues, la hospitalización involuntaria sería la primera medida restrictiva excepcional en la atención psiquiátrica ya que supone la privación de la libertad de movimientos de una persona en contra de su voluntad, en un recinto más o menos limitado (unidad de hospitalización o recinto hospitalario).

A partir de aquí nos encontramos con que un paciente ingresado de forma involuntaria, y que como es habitual niega su enfermedad o trastorno mental y, por tanto, su necesidad de recibir tratamiento, o en el mejor de los casos no cree que sea la hospitalización lo más adecuado. También se niega a aceptar otras medidas terapéuticas (tratamientos farmacológicos, observación-aislamiento, restricción de visitas y contacto

con el exterior, etc.). En esta situación el riesgo de auto o hetero-agresividad o el riesgo de ruptura brusca de la hospitalización (fuga), obliga en ocasiones a utilizar otras medidas restrictivas, que se añaden a la de la propia hospitalización involuntaria, para las que no existe ningún tipo de regulación legal. Éstas generan una gran inseguridad y dudas tanto desde el punto de vista ético, como por las posibles repercusiones que de las mismas se pudieran derivar, para el propio paciente y para los profesionales que deben aplicarlas.

En Cataluña, desde el año 2002, disponemos de un documento-guía de recomendaciones en la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos, elaborado por el *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya* -órgano dependiente del Departament de Salut-. Dicha guía nos ha servido como referencia para desarrollar protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización, validados en nuestro caso por el Comité de Ética Asistencial, y que deben garantizarle, a pesar de la complejidad y malestar causado por su aplicación, el respeto absoluto a su dignidad y proscribir cualquier atisbo de trato inhumano o degradante para el mismo.

Medidas restrictivas en la hospitalización

Las medidas restrictivas más utilizadas durante la hospitalización psiquiátrica involuntaria son:

1. Sujeción o contención física

Entendida como el uso de procedimientos físicos o mecánicos,

dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros.

Como medida restrictiva más contundente es:

- ✓ una medida excepcional
- ✓ utilizada en el contexto de situación de urgencia
- ✓ deben haberse agotado previamente otras alternativas menos restrictivas
- ✓ de duración tan breve como sea posible
- ✓ siempre debe ser una medida aplicada bajo indicación médica

Sus indicaciones clínico-terapéuticas se referirán únicamente a situaciones tales como:

- a) Estados de agitación psico-motriz y/o comportamientos hetero-agresivos con riesgo para la integridad física.
- b) Conductas autoagresivas con riesgo vital.

Es necesario disponer de un protocolo escrito que recoja:

- ❖ El procedimiento adecuado de todo el proceso de sujeción
- ❖ Controles y monitorización permanente del proceso
- ❖ Registro en historia clínica
- ❖ Información de la medida aplicada al propio paciente y a los familiares o personas de su entorno de convivencia

2. Aislamiento terapéutico

Entendido como la ubicación del paciente en una habitación cerrada, destinada a la separación de su entorno.

Es una medida menos restrictiva que la sujeción y se debe aplicar previamente, a fin de evitar aqué-

lla, y siempre que el estado de la persona lo permita.

Como medida restrictiva que es, requerirá:

- ✓ indicación y revisión médica continua
- ✓ duración del tiempo mínimo estrictamente necesario
- ✓ el espacio físico (habitación generalmente) que debe reunir las condiciones adecuadas para garantizar la seguridad y al mismo tiempo procurar el máximo confort de la persona
- ✓ medidas de acompañamiento y control del personal de enfermería.

La medida terapéutica descrita está indicada en cuadros de importante desorganización conductual o disgregación psíquica, en el que es necesario una reducción temporal de estímulos externos

3. Observación-permanencia en sala de hospitalización

Entendida como la permanencia del paciente en los espacios de la unidad de hospitalización, sin posibilidades de salida de la misma, pero sin restringir el contacto con otras personas de la unidad.

Resulta útil habitualmente durante los primeros días de un ingreso. La indicación de la medida de observación en sala es útil para ofrecer unos límites seguros al paciente pero no muy restringidos, y controlar conductas perturbadoras o de posible riesgo autoagresivo.

4. Tratamiento médico forzado

Entendido como la aplicación de las terapias generalmente farmacológicas, sin contar con la voluntad y aceptación del paciente. Es una medida que se da al

mismo tiempo que alguna de las anteriormente citadas. Además, en determinadas situaciones, el correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico permite reducir la duración temporal de las medidas restrictivas de carácter físico-mecánico.

La indicación y dosis de los tratamientos farmacológicos forzados deben ser cuidadosamente valorados por el médico responsable del caso. Igualmente cuando el estado del paciente lo permita habrá que incluir la indicación de fármacos en la negociación con el mismo dentro de su tratamiento global, siendo conveniente mantener unos criterios clínicos claros, pero con flexibilidad y tolerancia.

5. Restricciones de la comunicación con el exterior

En principio el ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica no debe implicar de forma sistemática restricciones de comunicación con el exterior: visitas, llamadas telefónicas, recepción-emisión de correo, etc. En el momento del ingreso es necesario informar de las normas generales de la unidad, no sólo al paciente sino también a sus familiares o núcleo de convivencia habitual. Entre estas normas se incluirán la comunicación con el exterior, y paciente y familia deben respetarlas.

Sin embargo hay situaciones, siempre teniendo en cuenta el estado clínico del paciente, en que puede ser aconsejable limitar bajo indicación terapéutica el contacto con el exterior del paciente, restringiendo temporalmente las visitas que puede recibir, las comu-

nicaciones telefónicas o el envío-recepción de correo, dado que éstas pueden tener repercusiones desfavorables en su estado y evolución, o bien por resultar conveniente la reducción de estímulos. En cuanto al correo, también podrá limitarse en casos en los que se sospeche la introducción de objetos peligrosos, sustancias tóxicas o envío de documentos que puedan perjudicarlo.

En cualquier caso, a pesar de ser medidas menos restrictivas, deben ser evaluadas de forma periódica y con la duración mínima imprescindible.

¿Cómo debemos considerar el uso de medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica en la actualidad?

La historia reciente de la psiquiatría, al igual que el resto de las ciencias médicas, ha supuesto un considerable avance de las medidas terapéuticas que, en el caso de la atención psiquiátrica junto con un despliegue de recursos asistenciales comunitarios (extrahospitalarios), próximos al paciente y su entorno familiar, le han devuelto unas cotas de libertad y posibilidades de decisión considerables respecto a épocas pasadas no muy lejanas.

Es cierto que todavía hoy, en determinados momentos evolutivos en trastornos mentales graves y no tan graves, en relación a la capacidad o competencia mental de la persona y el riesgo que presente en el momento concreto, tenemos la obligación ética y legal de utilizar todos los medios terapéuticos a nuestro alcance, en beneficio del paciente, y entre ellos el uso de medidas restrictivas en

los términos ya expresados anteriormente.

■
Tenemos la obligación ética y legal de utilizar todos los medios terapéuticos a nuestro alcance, en beneficio del paciente, y entre ellos el uso de medidas restrictivas... pero estamos también obligados a pensar estrategias que reduzcan cuantitativa y cualitativamente el uso de dichas medidas
■

Sin embargo, a pesar de que lo citado se corresponde con la situación real actual, estamos también obligados a pensar estrategias que reduzcan cuantitativamente (número de personas), y cualitativamente (el impacto que causan), el uso de dichas medidas. Como reflexión final citaré las siguientes ideas:

- La indicación y aplicación de medidas restrictivas debe obedecer siempre a la necesidad por la presencia de un peligro propio para la persona o ajeno para otros. Por tanto, la valoración de aplicación de las mismas ha de ser siempre proporcional y congruente con la situación real del momento.

- Valoración exhaustiva y sistemática de la situación del paciente, por parte de todo el equipo interdisciplinar desde el inicio de la hospitalización, que nos permita utilizar medidas preventivas (contención psicológica, ambiental, farmacológica), para evitar al máximo el uso de las medidas restrictivas especialmente las más contundentes (sujeción y aislamiento).

- Si bien es cierto que no suelen

(ni deben) indicarse medidas restrictivas, sobre todo las más contundentes, para paliar un déficit de personal asistencial, también lo es que el disponer de un mayor índice de personal ayudaría no sólo a reducir cuantitativamente el uso de medidas restrictivas, sino a ofrecer durante las mismas una atención más individualizada, un mejor acompañamiento y apoyo emocional, reduciendo además el impacto de la aplicación de las mismas cuando resultan necesarias.

• La disponibilidad de recursos humanos suficientes no servirá de nada si los profesionales de todos los estamentos no están lo suficientemente cualificados y tienen la competencia profesional adecuada. No me refiero a aspectos técnicos de la atención psiquiátrica, que en su mayoría lo están, sino cualificados en habilidades de comunicación, relacionales, de empatía..., en definitiva de comprensión del funcionamiento mental y relacional de una perso-

na con un trastorno mental grave, que ha sufrido una hospitalización forzosa y que requerirá por parte de todo el personal unas respuestas adecuadas a dicha situación. La relación inadecuada por falta de dichas competencias y habilidades provoca sin duda un incremento del uso de medidas restrictivas.

• El respeto a la dignidad personal como valor ético fundamental es una obligación moral de los profesionales e instituciones que nos dedicamos a la atención psiquiátrica; y muy especialmente en la imposición de cualquier tratamiento forzoso, ya que si no se puede evitar el aplicarlo, disminuirémos el impacto emocional que éste puede ocasionar. De no ser así, podríamos incurrir en situaciones de trato inhumano o degradante para la persona.

JOSÉ A. LARRAZ

PSIQUIATRA
DIRECTOR MÉDICO SAGRAT COR,
SERVEIS DE SALUT MENTAL. MARTORELL
MÁSTER EN BIOÉTICA

Bibliografía:

✓ Arechederra, J.J.; Ayuso, P.P.; Cloza, I. y Vicente, J. *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid. Internacional Marketing and Communications, 1995.

✓ Barrios Flores, Luis Fernando. *Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación*. D.S. Vol 11. Julio-Diciembre 2003.

✓ Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. *L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.

✓ Comitè de Ètica Asistencial (Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental). *Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización psiquiátrica*. Informaciones Psiquiátricas, nº 175, 1er trimestre 2004.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Reflexiones éticas en el proceso de hospitalización psiquiátrica*. Ensayos de Bioética – IBB. Fundación Mapfre Medicina. 2000.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Aspectos éticos y médico-legales en psiquiatría*. Ponencia presentada en 1ª Jornada de Bioética y Salud Mental. Hospital San Rafael (Barcelona). Octubre 2006.

III Jornadas sobre Ética, Derecho y Psiquiatría “Adolescencia: conflicto y decisión”

28 y 29 de Febrero (Sant Boi - Barcelona)

El Comité de Ética Asistencial de *Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental* (Sant Boi-Barcelona), organiza por tercera vez estas jornadas, con ánimo de acercar un poco más el entorno de la salud mental con el ámbito jurídico, desde la reflexión ética.

Los ejes temáticos serán:

- *Menor maduro: el adolescente ante la decisión sanitaria*
- *El adolescente vulnerable y las instituciones en nuestra sociedad: educación y salud / justicia y salud*
- *La ley penal del menor: reflexión jurídica y ética*

Presentación de comunicaciones hasta 31 Noviembre 2007
(más información en icots@sjd-ssm.com)

**SANT JOAN
DE DÉU**
SERVEIS DE SALUT MENTAL