

Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental.

Zero contentions: Human Rights in Mental Health services.

Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra, Manuel Vázquez Díaz.

Moderado por Iñaki Markez.

A modo de presentación:

El término violencia tiene una amplitud enorme y tiente a una utilización tan cómoda que amenaza su mismo carácter conceptual. Violencia doméstica, violencia de género, violencia escolar, violencia política, violencia jurídica y violencia económica, violencia xenófoba, violencia divina, violencia metafísica, violencia de Estado, violencia étnica, violencia social, violencia primaria, violencia colectiva, violencia legítima e ilegítima, violencia física, violencia psíquica, violencia moral... y la violencia estructural, equiparable a la injusticia social causada por estructuras opresivas que se expresan en la violencia sistemática que engendra pobreza, corrupción y maltrato frecuente ejercido desde poderes absolutos; también desde las pequeñas situaciones más cercanas que se imponen en los establecimientos sanitarios, educativos, sociales, etc., al igual que en otros ámbitos tanto públicos como privados. Fernández Buey (2004) afirmaba que “el lenguaje cotidiano no siempre distingue entre un concepto amplio de violencia (que incluye la violencia estructural, la violencia psicológica o moral, el denominado acoso moral, la violencia simbólica o la violación de una norma generalmente aceptada) y un concepto restringido de violencia que la identifica con el uso de la fuerza física sobre las personas o las cosas”.

Cada expresión de violencia es un caso particular imposible de enmarcar en una visión amplia o en una tipología con afán explicativo. Claro que si no se llega a consensos terminológicos es porque al describir la violencia se pone de manifies-

to el poder de las definiciones. No está de más, pues, hacer algunas reflexiones sobre el lenguaje utilizado para describir esos actos violentos que habitualmente encajamos en las amplísimas etiquetas de lo social, lo político o lo colectivo, sobre las que existe abundante bibliografía aunque no haya el mencionado consenso en su descripción, sea por los trasfondos ideológicos o de poder, como no lo hay a la hora de definir las ideas de violencia y agresión.

En las VI Jornadas de la sección de derechos humanos de la AEN, celebradas en febrero de este año 2018 en Ollo, Navarra, se desarrollaron varias intervenciones, unas con formato de mesa redonda, otras como conferencias, en torno a diferentes expresiones de la violencia: contenciones en servicios de salud mental, padecimientos de personas refugiadas o migrantes en situación de exclusión, personas torturadas o refugiadas con conflictos crónicos, violencia machista en personas con trastorno mental grave o violencias varias sobre las mujeres.

La vinculación de derechos humanos y salud mental, puede tener una doble lectura. Como dijera José Antonio Inchauste en la apertura de dichas Jornadas, se trata de la Salud mental de aquellas personas a quienes en algún momento se ha puesto en duda, reducido, menoscabado, o en riesgo sus derechos... personas víctimas de tortura, de conflictos armados, refugiados, migrantes, excluidos sociales, mujeres víctimas de violencia de género, personas en riesgo de

exclusión y discriminación por diversos motivos. La otra es la de los Derechos humanos de aquellas personas de las que se ha puesto en duda, o se considera reducida, menoscabada, o en riesgo su Salud mental.

Todas estas cuestiones fueron abordadas y, de ellas, en este artículo quedan reflejadas las intervenciones de Olaia Fernández, Ana Carralero, Judith Parra y Manuel Vázquez Díaz. Cuatro opiniones significativas y contundentes, de tres profesionales que intervienen la atención a la Salud Mental desde la psiquiatría, enfermería y psicología, y también la de un usuario de la misma e impulsor de una plataforma que trabaja en este campo. Recordemos que preocupa a estas Plataformas la coerción a la que frecuentemente se ven sometidas las personas en tratamiento en las redes asistenciales de Salud Mental, ingresos

involuntarios, contenciones mecánicas, incapacidades y, en general, coerción formal e informal que apunta a que sigan determinado tratamiento aún en contra de su voluntad, un tratamiento con frecuencia sobremedicalizado con los psicofármacos en primera y muchas veces única línea de intervención. En este contexto de coerción no es fácil, pero sí es posible encontrar un terreno común, de diálogo, entre las víctimas, personas que han sufrido experiencias dramáticas y absolutamente traumáticas y otras, que lo quieran o no, forman parte y son vistas como representantes de los victimarios.

Iñaki Markez

- Fernández Buey, F. (2004). Una reflexión sobre desobediencia civil y no-violencia. *Rebelión* (19/5/2004). (rebellion.org).

Intervenciones:

Olaia Fernández * irsealtrieste@gmail.com

Yo también he escrito: *si agitación, contención mecánica*. Voy a exponer cómo estamos haciendo un proceso de rehabilitación, recuperación y emancipación del ejercicio profesional de la violencia. De las prácticas violentas que me creí que hacía *por tu propio bien*.

En todo caso, sí que sé que lo que venimos a decir tiene que ver con hacer crisis. Atravesar una crisis propia. Y, en mi caso, tiene que ver con decidir a cada momento. Eso que hace unos días decían en el posgrado de Salud mental colectiva de Madrid, no sé si Laura Martín o Fernando Colina, ellos decían: decidir qué psiquiatra soy, y sostener las consecuencias.

Antes de seguir hablando de mí voy a decir algo: aunque sepa que esto mío va de atravesar una crisis -que me angustia, paraliza, desordena, confunde, me duele- no la estoy comparando en sufrimiento con el sufrimiento de las personas que son, que sois, víctimas de la violencia profesional. No pretendo que las personas víctimas de la violencia profesional me consuelen ni se apiaden de mí, que entiendan que estoy sufriendo. No. No, no pido su perdón, creo que no es posible perdonar, ni siquiera creo que sea un objetivo saludable eso del perdón.

He ejercido y todavía ejerzo la violencia profesional, de forma activa y como cómplice. Todos los profesionales que estáis aquí sentados, todos, lo habéis hecho. Atando personas, ingresándolas involuntariamente, poniendo inyectables, diagnosticándolas, psicoeducando, chantajeándolas para que se mediquen, mintiendo, convenciendo, utilizándolas de chivo expiatorio y deshechos representacionales, triangulándolas en conflictos profesionales, atribuyendo lo que ocurría a su diagnóstico, disociando causas sociales y mirándolas de forma determinista.

Ojalá después cuando conversemos aquí nadie haga esto que hacen mucho los hombres cuando se les interpela por violencia machista y tienen la necesidad de aclarar un buen rato que ellos en concreto no, que *not-all-men*, poniendo esto en primer plano, el que ellos no. Espero que luego esto no pase, porque entonces no avanzamos.

Lo mío empezó antes de nacer. No es casualidad que tenga este trabajo. Una parte de mí se hizo psiquiatra para violentar, eso seguro. He tardado mucho en darme cuenta. Una parte de mí se hizo psiquiatra para violentar. Por biografía, por herencia transgeneracional, por depósito social, por capitalismo. Por tabú de eso que dice



el loco y que si lo escuchamos no podemos seguir igual. Esto último me ayudó a entenderlo de verdad Patricia Rey, hablando de la función que cumple el canario en la mina y de las ratas que mueren exhaustas medicadas con antidepresivos. Podría hablar días y días y días sobre esto, sobre por qué una parte de mi tiende a violentar personas, sobre Alice Miller que es la que más me ha ayudado; pero hemos decidido contar otra cosa, contar cómo estamos dejando de violentar personas.

¿Cómo estamos dejando de atar personas?

¿Cómo lo estáis dejando de hacer cada una? Podremos hablar de esto, compartir para aprender, para ser fuertes, para sumar evidencia y ver-para-crear.

Haciendo la residencia de psiquiatría, en el hospital 12 de octubre, me dijeron una cosa: *los locos se parecen más a ti de lo que se diferencian*. Obvio. Si es tan obvio no sé por qué la diferencia sustenta la mayoría de nuestras prácticas y teorías.

También conocí a una psiquiatra, Meme, que medicaba mucho menos que sus compañeros. Decían de ella: *esa da dosis homeopáticas*. Me habló de creer para ver (*creer-para-ver*), preguntaba cuántas habitaciones tenía la casa, conversaba aquí y ahora, y estaba presente y decía que era de derechas, pero no lo era. A veces pasa al revés, que la gente dice que es de izquierdas pero no lo es.

Cuando empecé la residencia, me encontré con una de esas normalidades patológicas, se daba por hecho que una tenía que aceptar un *sistema de privilegios* que consistía en que los que estaban terminando elegían cuándo hacían guardias y lo elegían muy despacio, se tomaban su tiempo, hasta final de mes, y las que acabábamos de llegar las teníamos que poner casi ya entrado el mes siguiente, en el pequeño margen de huecos que nos dejaban y casi solo entre nosotras. Eso implicaba dejarte sola con tu angustia. Eso implicaba que no te podías organizar, ni tus cuidados ni tus planes ni tu vida. Ellos sí pero tu no. ¡Ah!, ¿y que hacías todas las navidades?. Justo un momento difícil del año para todas, las navidades, recién llegada, sin marco de referencia,

sin palabras casi para nombrar los dolores o la desesperación.

No aceptamos. Éramos cuatro residentes recién llegados y no aceptamos. La única manera de cambiarlo fue vivir la tensión que implica cuestionar y renunciar todos los años a los privilegios, hasta que llegamos a ser los mayores y entonces se acabó, era igualitario. Cuento esto porque es una experiencia de desmarque, pequeña, pero que hasta la última vez que pregunté quedó en parte instituida. Y porque algo importante me pasó ahí, no lo sabía pero me estaba pasando: dije no a perpetuar el abuso y dije no a continuar la cadena que en los servicios de salud mental empieza en el psiquiatra y acaba en el loco.

Yo me he ido de casa, quiero decir que no me quedé en el hospital donde hice la residencia, eso también ayuda a desmarcarse. Me fui a un pueblo de la mancha donde había mucho por crear, para montar un hospital de día. Porque creía que la comunidad terapéutica era la mejor forma de ayudar a las personas. Pero durante un tiempo tuve que atender urgencias por las mañanas.

Los sitios por crear tienen eso... que están por crear. *No había correas psiquiátricas en el hospital*, solo unas de velcro pensadas para personas mayores confusas. Cuando tenemos la oportunidad de crear algo la mayoría de las veces vamos y repetimos. Queríamos repetir, no sabíamos que se podía no atar personas. Sabíamos que era solo a veces, muy pocas, en casos muy excepcionales, si fracasaban otras alternativas. Así que las correas se encargaron. Pero tardaron un año y medio en venir. Y mientras tanto estábamos atendiendo urgencias en un lugar que no tenía correas. Ni mucha medicación (cuando necesitabas una dosis alta de benzodiazepinas vía oral tenías que ofrecerle a la persona un buen número de comprimidos, por ejemplo 5 comprimidos de lorazepam de 1mg.) Tampoco en el pueblo había planta de agudos, así que para ingresar la persona tenía que subirse a una ambulancia y vivir un traslado de más de 100km. Ambulancia por la que había que esperar, a veces una hora, otras dos, tres horas, depende. Tampoco tenía sala de espera tranquila ni personal asignado ni especializado ni formado. Tampoco había psiquiatra por las tardes, ni por las noches. Las personas que

llegaban no estaban menos desesperadas que en Madrid, no se encontraban mejor. También deliraban, sentían rabia e estaban aceleradas.

Nadie “se agitó”. En un año y medio, nadie

Fue porque no se podía atar. Fue porque lo hacíamos todo con la persona, delante. La llamada al otro hospital, el informe, fumar un cigarro, decidir la medicación. Fue porque escuchábamos. Fue porque contábamos con los demás. Fue por el contexto. Fue porque los profesionales tuvimos que cambiar.

Después de esto abrimos el hospital de día, en gran parte repetido y con algunas cosas nuevas, y allí una chica me ayudó mucho a seguir avanzando. Un día ella se desconectó de nosotras y se puso a estampar fruta contra la pared, con mucha ira. Y nos asustamos, pero no tanto ya. Yo me senté en una silla en la misma sala, mientras sus compañeros y el equipo se quedaron fuera, sosteniéndonos. Y al ratito empecé a hablar, un poco, alguna palabra, para hacerla saber que estaba allí. Y después un poco más de palabras. Y se iba desinflando, y tiraba menos. Y nos mirábamos. Y se le fue pasando. Y terminamos recogiendo la fruta, limpiando la pared, juntas. Esto le pasó más veces. *Nadie dijo que se hubiese “agitado”*. Entendimos que ella cuando se sabía abusada se desesperaba mucho, mucho, muy profundo, y sentía rabia, se desconectaba de nosotros y tiraba fruta contra la pared. Cuando se marchó nos regaló a cada miembro del equipo un libro sobre las consecuencias de los abusos a menores para seguir aprendiendo, y me escribió esto: “...qué sería de esos momentos de máxima confusión, que parecían no existir, pero que *siempre estuviste ahí*. Gracias por acompañarme a recoger mis miserias, cuál frutas duras y maduras”.

Lo siguiente que recuerdo es separarme, empezar a entender lo que me había estado pasando gracias al **feminismo**, y conocer a **Patricia Rey** (activista, loca). Me encontré a Patricia porque ella hablaba en unas jornadas a las que yo fui porque tenía que ir, hablaba con Martín Téllez, también activista en primera persona. Ahí empecé a tomar conciencia de clase: los cuerdos, los locos. Y ahí empecé a cargármela (nombrar es el principio del fin). Me encantaron, decían todo eso que yo pensaba, eran yo, como yo, sobre

todo ella. Se lo dije. Pasó tiempo y mil aventuras, lo hablamos todo, nos apoyamos, nos hicimos amigas. Desde que Patricia es mi amiga hay cosas que ya no puedo hacer, hay cosas que ya no puedo escuchar, hay cosas que ya no puedo soportar.

A la vez casi de conocer a Patricia empecé a ir a las asambleas de FLIPAS GAM, un colectivo activista en salud mental compuesto principalmente por personas con experiencia propia. Y eso de los cuerdos y los locos empezó a tambalearse fuera de la excepción, y así gran parte de mi esquema de referencia a hacer aguas, a tener poros, a explicar poco, solo a ratos, a veces, para algunas cosas, algo. Las identificaciones se hicieron débiles, que dicen los esquizoanalíticos que es la forma de fugarse. Los espacios mixtos, de cuerdos y locos, como este, lo han cambiado todo para mí, lo van a cambiar todo. El lenguaje, las expectativas, los esquemas de referencia, las certezas, las relaciones y los resultados. La realidad compartida.

Así llegué a **acompañar crisis fuera de la institución**, que me ayuda a seguir debilitando identificaciones, las mías, sobre qué es ser psiquiatra, sobre qué psiquiatra decido ser y cómo sostener las consecuencias. El feminismo y ser mujer me han ayudado, mucho, con los ejes de opresión, con los privilegios, con la interseccionalidad y con la **cultura de la violación**. Todo lo que rezuma cultura de la violación a nuestro alrededor (aprovecho para decir que los chistes sobre consentimiento en las relaciones sexuales son cultura de la violación), todo eso, puede ayudarnos a pensar la cultura de la violencia profesional (Ana Carralero lo cuenta muy bien en su intervención el año pasado en el foro sobre narraciones para un despertar en salud mental, en canarias, os la recomiendo, está en youtube). Lo primero que notas es que a la violencia profesional no se le puede llamar violencia. Los profesionales se ofenden, lo rebajan, te llaman exagerada, piensan que eres irresponsable, blandita, inmadura, adolescente o infantil. Que no trabajas en equipo. Y que tienes que callarte. Si tratas de no ejercer violencia, tu forma de estar es por sí sola un insulto que escuchan por dentro: carcelera

El otro día me invitaron a un coloquio con Patricia sobre la relación terapéutica y me acordé de



que cuando llegué hace unos años a servicios centrales de salud mental de castilla la mancha, que trabajé allí un tiempo, estaban ultimando un protocolo sobre “**inmovilización terapéutica**”. Lo recordé y sentí mucha vergüenza. Porque no me opuse y ni siquiera pude pensar en el nombre y sus consecuencias: inmovilización terapéutica. Cómo es el lenguaje. Ahora pienso esto: Llamarle a algo terapéutico inmuniza frente a la culpa de ejercer poder. Ejemplos de una UME: ponerte el pijama si fumas porros e ingresarte en agudos si es mucho o repites, no fumar antes de desayunar, no poder salir de la habitación por la noche, no poder salir la primera semana, no poder prestarse cosas, no poder invitarse a algo, no poder compartir cigarrillos, no poder decidir discontinuar la medicación. Cosas como la vulneración constante y arbitraria de los derechos de las personas. Todo eso dicen que es terapéutico. Por eso a atar gente a la cama se llama inmovilización terapéutica. El poder terapéutico tiene teorías que lo sustentan.

No quiero hacer guardias, desde hace mucho tiempo. No hago ninguna desde hace 9 meses. No las hago, pero estoy en una lista para emergencias, por si no se cubren o falta alguien. No quiero hacerlas. Estoy dispuesta a pagar para no hacerlas. Me entran ganas de vomitar. Literal, ganas de vomitar. Y es porque en las urgencias y en las unidades de agudos se ata a personas. Y es muy difícil impedir a los compañeros que lo hagan, y es muy difícil que los compañeros permitan que las desates. No estoy segura de saber cómo hacerlo, por eso no hago guardias. Pienso en la objeción de conciencia, algunas lo estamos pensando, en objetar, en comunicarlo por escrito en nuestros servicios, en ver qué pasa si objetamos. Pero no conozco a nadie que lo haya hecho, no sé qué pasaría. No he ido al colegio de médicos, no lo he hablado con mi jefa, no lo he hecho. Evito las guardias. No es suficiente. No he leído nada sobre Islandia, sobre algunas zonas de Italia, sobre un cantón suizo, sobre Inglaterra, sobre lugares donde no atan personas. Me pregunto por qué no, me pregunto por qué no estamos todas leyendo eso sin parar.

Pasan muchas más cosas que atar, igual de poco sutiles: ingresos involuntarios, no permitir que las personas no se mediquen, las normas kafkianas. En eso estamos todas. También los disposi-

tivos de rehabilitación psicosocial, que muchos creen que no ejercen coerción, eso entendí de un borrador de un informe sobre coerción que se está haciendo en la red de salud mental de Alcalá, donde trabajo. También ejercen violencia. Empezando por el nombre: rehabilitación. Tengo una foto de una pintada que dice: nunca nos rehabilitaréis. Y me sirve.

Llevo tiempo pensando en **la horizontalidad**. Porque se opone a la violencia. Porque lo vertical da permiso a la violencia, que empieza en la psiquiatra y termina en la loca, lo decía al principio. La horizontalidad en los equipos y con las personas desesperadas que buscan ayuda. Creo que empiezo a entender algo: la horizontalidad empieza por ceder privilegios, empieza en casa. Como los derechos humanos. Por eso que esta sea la primera mesa de las jornadas sobre vulneración de derechos humanos es coherente. Sería incoherente hacer unas jornadas de la sección de derechos humanos de la AEN y no hablar de la vulneración de derechos humanos que hacemos nosotras mismas.

En relación a la horizontalidad en los equipos, quería contaros que en estos momentos estoy atravesando la experiencia más impactante y radical que he vivido hasta el momento: **repartir los sueldos**.

Trabajo desde junio en la unidad de atención temprana a personas con experiencias psicóticas de la red pública de Alcalá de Henares. Nos contrataron para acompañar crisis psicóticas desde el marco de diálogo abierto, adaptado al contexto. Somos seis. Un terapeuta ocupacional, una experta por experiencia, un psicólogo, una enfermera, una psiquiatra (yo). Y la coordinadora, que es psicóloga. En nuestros contratos pone eso, en el de experta por experiencia ya han tenido que ser creativos. La tarea que nos encargaron es acompañar crisis psicóticas desde el marco de diálogo abierto. Esto implica aceptar que el fármaco queda descentralizado y el centro lo ocupan reuniones en las que participan al menos dos personas del equipo, la persona en crisis y su red. Reuniones en las que la herramienta es el diálogo, restablecer y profundizar en el diálogo. Sobre lo que está pasando, y sobre lo que se necesita. Ese es el sistema de tratamiento. Ahí se decide todo, ahí se generan salidas, aceptando

la polifonía de voces. Somos terapeutas con historias diversas, saberes particulares, y creemos profundamente que la persona en crisis tiene mucho que decir y hacer para salir de esta, así como sus allegados.

Este sistema de tratamiento era insostenible si la horquilla de sueldos era de 1.000 €.

Esto lo hemos hecho a pesar de la institución, por fuera. No es perfecto, tardamos cinco meses en empezar, no corrige la desigualdad del contrato de media jornada de la experta por experiencia y no incluye a la coordinadora. Se lo pensó y decidió que no podía asumir el dinero que dejaba de ingresar al mes con esta decisión.

Lo que siento es alivio, siento como cada día se diluye un poco más la mentira que sostenía, esa de que era responsable de la vida de las personas. Por su propio bien. Al sentir el alivio puedo ver cómo cuando la responsabilidad se concentra en una persona, la psiquiatra, la violencia está servida. Atar, medicar, ingresar. Porque sé. Porque si pasa algo soy la responsable legal. Porque no hay nadie más. Porque

me están mirando. Porque estoy sola. Porque tengo miedo.

No somos responsables de la vida de las personas. Dicen Laura Martín y Fernando Colina que cada una es responsable de su síntoma y su defensa. Sí. Y a la vez no. Yo no puedo borrarlos. Porque todas tenemos que ver en su conformación, cada una, conformamos parte del problema con nuestro sistema social, con los vínculos que establecemos y con nuestro sistema de atención, porque todas somos el grupo grande cuya matriz produce tanto dolor.

Por eso sirve repartir los sueldos

Y esto es lo que permite descubrir: que cuando la responsabilidad se reparte (en los equipos y con las personas desesperadas y su entorno), cuando los saberes valen, cuando nos comprometemos y toleramos juntas la incertidumbre de no saber, cuando renunciamos al control; salen los recursos de todas, se crean soluciones, se dan las sorpresas. Las personas inventan algo nuevo, se fugan. Alguien se emancipa por primera vez, en plena crisis.

Ana Carralero • a.carralero@hotmail.com

Me toca a mí y contaros mi historia... Cuando empecé mi formación como **enfermera** residente en salud mental, una de las primeras cosas que me enseñaron fue a cómo sujetar a las personas a la cama. A pesar de que la Unidad Docente donde yo me formé y la unidad de hospitalización donde roté, son lugares bastante menos coercitivos y más respetuosos que otros que después he conocido o de los que me han hablado, la contención mecánica era algo que teníamos que aprender pronto. Nos explicaban cómo se realizaba y luego hacíamos un pequeño taller en el que una persona no ingresada se prestaba voluntaria para hacer de “paciente”.

Recuerdo el nombre, la cara, las características físicas y algunos detalles de la biografía de la enfermera que hizo el papel de persona ingresada. Recuerdo algo de aquella actuación. Pero no recuerdo haber sentido nada ni haber tenido ningún pensamiento cuestionando aquella práctica. Y no es que no me cuestionase otras cosas o que no hubiese sido una persona crítica hasta enton-

ces, al contrario. Sin embargo aquella práctica no la cuestioné.

Nos dijeron que casi nunca se realizaban contenciones mecánicas en aquella unidad, que solo se utilizaban como último recurso, cuando era absolutamente necesario, durante el mínimo tiempo imprescindible y siempre después de haber intentado la contención verbal y farmacológica. Sin embargo, nadie me dijo qué significaba “último recurso”, “absolutamente necesario” o “mínimo tiempo imprescindible” y tampoco hubo ningún taller ni nadie se prestó a actuar como “paciente” para que practicásemos aquello que llamaban “contención verbal”.

Aunque era algo que se consideraba excepcional, era muy importante que todas las personas no ingresadas en la planta (excepto los psiquiatras, psicólogos residentes, la terapeuta ocupacional y el personal de limpieza) llevaran siempre consigo el imán que sirve para manejar los cierres de las contenciones, que nos entregaban antes de



empezar la rotación por la unidad y que teníamos que tener mucho cuidado de no perder. Y aunque era algo que se consideraba excepcional, era muy importante que todas las enfermeras, residentes de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, y estudiantes de enfermería o de auxiliar de enfermería, que empezasen su actividad laboral o de formación en la planta, supieran cómo realizar una contención mecánica. Por eso se hacían “demostraciones” cada cierto tiempo.

Hice de persona a la que contenían una vez, para enseñar a alguien a **sujetar**. La contención finalizaba abandonando la habitación y dejando a la persona sola, que era el procedimiento habitual. Cerraban la puerta y dependiendo del humor de los compañeros podían tardar más o menos en entrar. Cuando se marcharon, aunque yo había visto esa broma otras veces, y sabía que aquello era un juego y que enseguida volverían a entrar, no pude evitar pensar que si se iban no me podría mover, y que si me pasaba algo estaba sola.

Teníamos un **protocolo**. Decía que la contención mecánica era una medida terapéutica, un acto sanitario. Podía llevarse a cabo por cuatro personas, aunque lo ideal es que fueran cinco, para que una se hiciese cargo de la cabeza. Después me explicaron, aunque eso no estaba en el protocolo, que la persona en la cabeza era la encargada de vigilar si el “paciente” mordía o escupía. En ese caso, lo ideal era utilizar una almohada para sujetarle la cara, ya que si usabas las manos corrías el riesgo de que la persona te mordiese. Tampoco me cuestioné, en ese momento, por qué una persona iba a querer escupirme o mordirme. Ese tipo de conducta se atribuía al estado de agitación psicomotriz inducido por el trastorno psiquiátrico, estado que según decía el mismo protocolo de la unidad, por definición, hacía al “paciente” incompetente.

Otras cosas que decía el protocolo es que era importante evitar el uso de la rodilla o el codo “durante la reducción” y que se debía poner el pijama al “paciente”, “por su comodidad y porque facilitaría la identificación en caso de fuga”. Que el personal debía retirarse de la habitación al terminar de atar a la persona (es decir, dejarla sola, ya que, como he dicho, se trataba de una unidad más respetuosa que otras que conozco, donde pueden dejar a la persona en contención

con sus compañeros de habitación, o incluso en el pasillo de la unidad, a la vista del resto de personas que en ese momento estén en la planta). Era “imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona”; tampoco me pregunté sobre la contradicción de suponer dignidad a una persona atada a una cama.

Debíamos ser estrictos con la vigilancia. Cada poco tiempo debíamos observar al “paciente” y en cada turno debíamos asegurar la toma de constantes, la dieta y la ingesta hídrica, diuresis, cambios posturales, etc. Sin embargo ni en el protocolo ni en mi formación me hablaron de cómo cuidar y hablar con la persona que estaba contenida. Las intervenciones se realizaban sin apenas dirigirles la palabra. No se valoraba el estado emocional de la persona. Lo único que recogía el protocolo era que se valorarían “conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron” a la contención.

A pesar de que siempre se habla de situaciones extremas cuando se defiende el uso de la contención mecánica, en el protocolo se recogían las siguientes indicaciones: la prevención de lesiones al propio “paciente” o a otras personas (nótese que prevención habla de algo que no ha ocurrido, y que se dice lesiones en general, sin hablar de la gravedad o de la persistencia de esas lesiones, lo que supongo que tiene sentido si esas lesiones no han ocurrido aún), las interferencias en el plan terapéutico del propio “paciente” o de otros, evitar daños materiales en el servicio, como castigo negativo en una terapia de conducta (siempre y cuando se hubiera pactado antes con el “paciente”), para evitar una fuga, y por último si el “paciente” lo solicitaba voluntariamente (y el médico consideraba que existían criterios clínicos de indicación). Además, no era raro utilizarla también para “ayudar” a dormir a las personas que no podían permanecer en la cama y para evitar caídas.

El protocolo también recogía aspectos legales, y explicaba la contención verbal y la contención farmacológica (algo que tampoco me cuestionaba: me dijeron que la contención mecánica era inhumana si no había también una contención farmacológica). En concreto, dedicaba tres páginas a los aspectos legales, tres páginas a los

aspectos farmacológicos y dos páginas a lo que llamaban contención verbal, que en gran parte se dedicaba a explicar el peligro que suponía el “paciente” para el profesional, y lo que debía hacer este para poder escapar de aquel con facilidad; por ejemplo decía que había que colocarse fuera del espacio personal del “paciente”, asegurándose una vía de salida posible, con la puerta abierta o semiabierta (no sé cómo encajó esto con lo de preservar la intimidad de la persona), el profesional debía estar cercano a la puerta y no debía haber obstáculos (incluyendo a la persona atendida) entre el profesional y la puerta. Se debían evitar los “signos de debilidad o miedo”, pero también “las miradas fijas”, manteniendo siempre al “paciente” dentro del campo visual. Las explicaciones más detalladas sobre qué tipo de cosas decir, como ejemplos de frases para dirigirse al “paciente” se referían a cómo convencerle para que aceptase tomar la medicación.

En su tesis doctoral, Elvira Pértiga explica que las contenciones son sucesos que el profesional experimenta inicialmente con shock y traumatización, y que una vez ocurrido el impacto inicial, el profesional sanitario aprende a racionalizarlo, enfrentarlo y comprender que es necesario, hasta que finalmente incorpora esas experiencias y las asume como parte de su trabajo.

Durante el tiempo que estuve formándome en la planta y después durante el tiempo que estuve trabajando allí, contuve a varias personas. Algunas estuvieron varios turnos seguidos en contención. Como he dicho -y mantengo-, no era una unidad tan coercitiva como otras, por ejemplo, las personas ingresadas tenían cuarto de baño en su habitación con una puerta que podían cerrar, podían hacer uso de sus cuchillas para afeitarse en privado, salían todos los días fuera del hospital a dar una vuelta acompañados de un profesional y al poco de ingresar en general ya tenían permisos de salida, en los que podían disponer de sus pertenencias. Este tipo de cosas no son así en muchas unidades. Tampoco vi nunca que se encerrase a nadie en su habitación, de día o de noche, que se agitaran las correas delante de una persona ingresada para amenazarla, las personas ingresadas en psiquiatría no llevaban un pijama que los distinguiese del resto de personas ingresadas en el hospital, podían hacer uso de bolígrafos, papeles o libros sin necesitar una autorización expresa del

psiquiatra, ni pasaban otras cosas de este estilo que sí pasan en otras unidades.

Por ejemplo, nunca vi que una persona ingresada se orinase o defecase estando en contención mecánica. El procedimiento general era decirle a la persona que quería ir al baño que se permitiría esto si luego volvía a la contención, de forma que esa persona, que era un riesgo para alguien, utilizaba el cuarto de baño (a menudo con la puerta cerrada) y después volvía y se tumbaba en la cama para que le volviésemos a contener. Tampoco entiendo cómo esto me parecía coherente y una buena práctica (que me lo parecía).

No recuerdo el nombre, la cara, las características físicas ni ningún detalle de la biografía de ninguna de las personas a las que até a las camas. Y no es que no recuerde en general a las personas a las que atiendo. Aun guardo dibujos que me regalaron algunas personas estando ingresadas. A pesar de ser vegana, llevo conmigo siempre un trozo de piel de serpiente que una chica a la que atendí me regaló para que siempre llevara en la cartera. Conservo muchas historias que me contaron y muchos momentos compartidos. Pero no recuerdo nada de aquellas personas a las que até, aunque sí recuerdo algunas cosas de algunas contenciones.

Por ejemplo, me acuerdo de un señor al que atamos a la cama al poco de ingresar porque quería marcharse. Recuerdo que le atamos con su ropa y que tuve que subirme a la cama para sujetarle las rodillas porque era muy fuerte y estaba muy enfadado. Recuerdo el nombre de la psiquiatra de guardia que al día siguiente nos felicitó por nuestra excelente contención. Pero no recuerdo quién era ese hombre, cómo se llamaba ni por qué quería marcharse de la unidad.

Viví momentos muy complicados trabajando en la unidad de hospitalización. Sin embargo, el momento más complicado que he vivido desde que trabajo en salud mental fue en el centro de salud donde estoy actualmente. Si aquello hubiese ocurrido en el hospital, aquel chico habría acabado contenido. Sin embargo, seguramente porque en el centro de salud mental no tenemos posibilidad de contener a nadie, la vigilante de seguridad y yo resolvimos la situación hablando con él hasta que se calmó.



En el tiempo que estuve en hospitalización nunca pude ser realmente crítica con mis prácticas. Repetía el discurso. Que casi no hacíamos contenciones, que psiquiatría era uno de los servicios del hospital donde menos contenciones se hacían y donde menos tiempo duraban. Que actuábamos con profesionalidad, nunca atábamos a nadie con vendas, como hacían en otros sitios. Durante ese tiempo nunca pude escuchar a nadie que me hablase de su experiencia de ser contenido. No sé si no me lo contaron (supongo que si no me lo contaron fue porque no estuve para que me lo contasen) o si me lo contaron y no les creí. No solía creer las historias de abusos o las ponía en duda. Aquellos relatos siempre eran desterrados como delirios o síntomas de la patología de los “pacientes”, nunca se les daba credibilidad. Si alguien quería poner una reclamación por algo, tenía que esperar a ser dado de alta.

No fue hasta meses después de haber dejado la planta que pude pensar sobre aquellas cosas. Que pude escuchar historias de personas que habían sido atadas, escucharlas de verdad, sos-

teniendo el sufrimiento y el horror que supone ser contenido. Sin enfadarme y sin desacreditar esas narraciones, sin minimizar el sufrimiento, sin decir que yo también lo paso mal. Sin excusarme en la falta de personal o de formación, o alegando que la responsabilidad no era mía. Sin decir que esas prácticas son actos sanitarios y que a veces no hay más remedio.

Nunca he pedido perdón a nadie por haberle contenido, ni creo que lo haga nunca. No creo que pedir perdón fuera a servir de nada. Ni siquiera aunque pudiera recordar las caras de aquellas personas, buscarlas, encontrarlas, pedirles perdón y que aceptasen mis disculpas, eso no borraría el daño y el sufrimiento que les causé. El daño está hecho y cada uno es responsable de las cosas que hace. Esas cosas nunca debieron pasar, pero pasaron. Siento que lo único que puedo hacer con eso es aceptar mi responsabilidad, utilizar la capacidad de acción que tengo, como todas las personas tenemos, y trabajar para hacer de las contenciones mecánicas algo del pasado.

Judith Parra

El propósito de mi comunicación es ponerle palabras a algunas reflexiones, basadas en vivencias personales (nutridas, a su vez, por reflexivas colectivas), sobre la cuestión tan actual de las contenciones mecánicas, es decir, sobre la práctica de atar a las personas a la cama dentro de la actividad asistencial hospitalaria en Salud Mental. Como el propósito es acercarme a ellas como persona que las ha presenciado, hablaré de mi contacto con las personas que las han vivido en primera persona.

Las prácticas profesionales

Primer contacto con la Salud Mental: el manicomio

Mi primer contacto con personas atendidas en Salud Mental ocurrió en un antiguo manicomio en la ciudad en la que vivo, durante mi infancia. Cada cierto tiempo iba a visitar a mi tía que era monja, que trabajaba en aquel lugar, que siempre estaba en penumbra. Recuerdo haberme asustado mucho al ver el aspecto y la mirada de aquellas personas que paseaban por los jardines y los pasillos de aquel lugar. Recuerdo que le preguntaba a mi madre qué les pasaba a aquellas

personas y ella respondía que estaban enfermas. Aquella respuesta, no colmaba mi curiosidad, y yo seguía preguntándole. Debió crearme algún tipo de curiosidad, que aún recuerdo.

Voluntariado

Unos años más tarde, con 18-19 años participé en un programa de voluntariado, en el que solíamos convivir durante el fin de semana, con las personas de un taller asociado. Tenían que cumplir unos requisitos: se trataba de “personas sin hogar”, que habían recibido el diagnóstico de abuso/dependencia al alcohol y/o trastornos psicóticos: organizábamos las comidas, charlábamos, jugábamos a cartas, al ping-pong, paseábamos, etc. En ningún momento pasé miedo ante ellas. Recuerdo que durante un paseo, una de las personas que solía venir a aquella casa, me dijo una vez me dijo: “Tienes un hacha en la cabeza” mientras se reía. Era un hombre muy tierno. Aún sin saber nada sobre psicopatología o de manejo del paciente psiquiátrico, recuerdo que no me intranquilizó ni lo más mínimo ese comentario, para mí incomprendible en aquel momento.

La unidad de agudos

Durante mi rotación (como PIR) en la planta de agudos de psiquiatría tuve la sensación de regresar a un tiempo que ya por entonces creía olvidado, similar al vivido en los jardines y los pasillos de aquel manicomio. Las personas que encontré allí estaban vestidas con un pijama, de un color azul claro. A primera hora, solían hacerse a un lado al pasar los profesionales. Era evidente que estaban muy medicadas, sus ojos mirando al suelo, o perdidos. Recuerdo los gritos al cruzar el pasillo, ver las puertas entreabiertas y observar a una persona atada a la cama. Esos gritos a menudo no tenían respuesta alguna. Recuerdo el comentario de “Cierra la puerta”.

Prácticas de la planta

El personal de auxiliar de enfermería era el que solía estar más en contacto con las personas ingresadas. Solían entrar, corrían las cortinas, llevaban los desayunos, revisaban los niveles de medicación, ofrecían medicación de rescate cuando estaba pautada.

Con cierta frecuencia, la persona contenida solía decir al personal auxiliar y de enfermería en un tono crecientemente nervioso: “¿Cuándo me vais a soltar? Me tenéis aquí atada desde hace dos días” (a menudo estas personas presentaban cierta desorientación temporal). La respuesta habitual parecía incluir la lógica de que el paso del tiempo y el efecto de la medicación, simplemente, ayudaban a que la persona se calmara independientemente de las circunstancias que llevaron a la contención o las circunstancias vitales de esta persona. Oí que en caso de que esto no funcionara se hablaría con el psiquiatra para “ajustar” la medicación.

Observé que era poco habitual que los profesionales se dirigieran a la persona, y que tampoco formaba parte de la cultura de la unidad que un profesional se quedara acompañando a la persona mientras estaba contenida.

Las reuniones de equipo: Llevaba poco tiempo como residente y no comprendía el procedimiento que llevaba a que una persona terminara siendo atada a la cama. Las reuniones de la mañana, donde los profesionales de todos los estamentos se reunían, me ayudó a ir comprendiendo parcial-

mente y de forma inductiva cómo se llegaba a esa decisión. En estas reuniones se leía el registro de enfermería y se escuchaban frases del estilo de:

- “Fulanita de tal, que está en la habitación x, ha sido contenido. Menganita de tal, que compararía habitación con Fulanita, se cambia a la habitación que quedó libre”.
- La situación y los motivos de la contención rara vez se describían con detalle, como si fuera una rutina habitual y la respuesta lógica ante las situaciones difíciles que surgían en la planta. Y menos aún se propiciaba una reflexión sobre las alternativas. Se aludía a menudo a la agitación. Se pasaba muy rápido por encima. El guion continuaba con “Se le ofrece medicación y se calma/duerme”.

Secuencias previas a la contención: Siguiendo con ese deseo de comprender, fui identificando algunas secuencias habituales que precedían a una contención mecánica (al menos cuando éstas se realizaban durante el día, ya que era muy habitual que se aplicarían también durante las guardias).

Aunque es algo sabido comúnmente, y que conocerán los aquí presentes, conviene señalar que cuando una persona se niegue a ingresar en la unidad, aumenta la probabilidad de que termine siendo contenida mecánicamente.

Algunas veces, la persona que estaba ingresada quería ver a su pareja, salir para ver a una persona cercana, realizar alguna actividad,... y no se le permitía. Se pone nerviosa ante la negativa, los profesionales también se oponen y ante la insistencia se crea una situación tensa que se resuelve atándole con correas a la cama. No parece exactamente la iniciativa del personal, sino más bien, parte de la cultura de la UHP.

También, solía dejarse una orden de atarles en caso de que las cosas se complicaran. Recuerdo a personas que se escaparon durante las salidas de las tardes y que a su regreso fueron atadas.

En raras ocasiones, cuando una persona había sido contenida en ingresos previos, se colocaban las correas de contención (previamente al ingreso) en la cama anticipando que en ese nuevo ingreso, se volverían a emplear, siguiendo una especie de profecía autocumplida.



Duración y retirada de las contenciones: lo habitual era que una persona permaneciera atada durante horas e incluso durante varios días (en ocasiones alrededor de 2-3 días).

De la contención de cinco puntos, se pasaba a la de tres puntos, se pasaba a la de un punto y se valoraba el estado psicopatológico de la persona (también incluía comentarios como: “¿Te vas a calmar?”) y finalmente se retiraba la contención.

Mi contacto con personas contenidas: tuve contacto directo con algunas personas contenidas ingresadas en la unidad. He de reconocer que en aquel momento no fue un contacto en el que yo tuviera una resonancia emocional especial en mí.

Recuerdo especialmente a dos personas. Un chico de 18 años que creía ser perseguido por la policía. Me mandaron aplicarle un MMPI. A los pocos segundos desistí. No podía moverse y gritaba más y más alto, y más tarde se daba golpes en la cabeza gritando “gora ETA”. Me enterneció verlo atado al ver su cara imberbe. Otra chica con problemas con la comida fue contenida y fui a saludarla con una compañera. Mientras tanto su compañera de habitación estaba también contenida y dormida. Observé que atar y sobremedicar solían ir de la mano.

El hospital de día

Un tiempo después realicé la rotación por hospital de día. Allí escuché muchas quejas que aludían al trato recibido en la unidad de hospitalización psiquiátrica, y particularmente a las contenciones: quejas de contenciones por salir a fumar, por negarse a participar en una actividad; quejas de provocaciones de profesionales que terminan en una contención. Muchas veces cuando alguien llegaba procedente de la unidad o era derivado a la misma, y ya la conocía por un ingreso previo, los pacientes preguntaban al recién llegado o se preocupaban por la persona que se marchaba. (Lo mismo presencié en HD-II, parece que a los menores también se les sujeta). Similares vivencias me transmitieron personas cercanas que tuvieron que ingresar en la unidad.

Durante los 6 meses que estuve en esta rotación, solo tengo noticia de una contención, una que no presencié directamente. Recuerdo perfectamente, el pasillo que recorre ese hospital de día vacío

y a los profesionales pidiendo a las personas ingresadas que no se acercaran al botiquín, mientras estas personas miraban a través del cristal de la puerta de la sala de espera, con expresión de inquietud, preguntando qué estaba sucediendo, qué no les contaban.

De estas situaciones vividas en la unidad y en el hospital de día, y de lo que las personas atendidas me comentaron fui comenzando a tomar conciencia del enorme sufrimiento que se asocia a las contenciones. También de que es una experiencia que marca durante un tiempo a menudo prolongado. Y del enorme temor que introduce en las personas ante los profesionales.

En la búsqueda de otra mirada: las lecturas que me acompañaron

Entre tanto, fue creciendo mi interés por conocer otras formas alternativas de comprender y de intervenir en las situaciones de crisis vital que sufren estas personas, sirviéndome a modo de “objeto transicional” en momentos de zozobra. Entre ellas, la Terapia de Mentalización, la Dialéctico-Conductual, la terapia sistémica,... y más adelante, las terapias dialógicas, la Terapia Narrativa, los Escuchadores de Voces, de Laing, Basaglia y también con algunos textos de sociología (Bourdieu, Rorty,..) y filosofía (Foucault, Wittgenstein, Rorty. etc.).

Se refieren todas ellas a perspectivas que otorgan un sentido y dotan de un significado humano a las experiencias vividas, por extrañas que puedan resultar a un observador ajeno en ese momento. Todas ellas me han hecho cuestionarme la práctica terapéutica que estaba realizando en cada momento, dándome cuenta de la distancia que hay entre las prácticas habituales en distintos lugares por los que pasé, los principios que las inspiraban y las que iba realizando y observando. Y de que las posibilidades terapéuticas eran más amplias de las que conocía hasta ese momento.

La rotación externa

Esa curiosidad e interés por conocer intervenciones distintas me llevó a buscar una rotación externa que abriera mi mente a comprender el sufrimiento mental y psicosocial humano desde

otras coordinadas. Roté en una planta de psiquiatría infanto-juvenil, con un modelo de trabajo completamente diferente. Allí, conocí los grupos multifamiliares, un modelo de trabajo mucho más horizontal de los que conocía. Estaba muy presente esa célebre frase, que si no recuerdo mal, se le atribuye a García Badaracco: “¿qué parte de ti habita en mí?”.

Desde que llegaron los psiquiatras que me acompañaron en aquella rotación a aquella planta (compaginaban la asistencia en dicha planta con las consultas del centro de salud mental infanto-juvenil) no se había atado a ningún chico en la unidad. Esta práctica se había sustituido por una intervención más humana, cercana, directa, que en lo teórico surgió de una mezcla entre la terapia sistémica y la psicodinámica. Lo relacional y biográfico era la base. Había situaciones complicadas, como era de esperar: intoxicaciones por drogas, chicos con crisis psicóticas que se ponían nerviosos y hacían amago de atacar a alguien,... Pero no pasaban de ahí. Las dosis de medicación, se revisaban abiertamente y solían ser bajas. El lenguaje que empleaban los profesionales para dirigirse a los familiares y los pacientes era un lenguaje cotidiano, sin tecnicismos, comprensible para todos.

Hubo un proyecto de adecuar las habitaciones para que la unidad se asemejara al máximo a un hogar. Esta propuesta fue bloqueada por la dirección y por las quejas de algunos padres que lo consideraron un gasto superfluo. No obstante, aún con recursos económicos escasos, el funcionamiento de la planta se acercaba mucho a esa idea, los niños y las niñas solían realizar las tareas escolares con la profesora, veían alguna película por las tardes, salían a dar un paseo a los alrededores,... los días que coincidía bajaban a la planta baja al grupo multifamiliar, coincidiendo con otros niños de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Los niños que pasaban por la planta hablaban de su ingreso como una experiencia positiva y útil a otros niños que no conocían esa experiencia.

Una complicación de aquel centro era que el personal no facultativo no tenía una formación específica y era un personal que trabajaba tanto en esta unidad como en la de adultos en la que regían unas reglas completamente diferentes, situación que a menudo generaba algunas confu-

siones en el desempeño de las tareas y fricciones entre las unidades.

La voz de las personas afectadas. VII Congreso Mundial de Hearing Voices y Locomún tuvo lugar en Alcalá de Henares los días 6 y 7 de noviembre de 2015, y fue organizado por la asociación Entrevoces. Las personas que se venían reuniendo para echar a andar aquel congreso me invitaron a participar en la organización del congreso, la traducción de materiales,... A decir verdad, mi participación en la organización fue bastante secundaria, pero no por ello una experiencia menos reveladora. Aquí, si se me permite haré una pequeña digresión sobre cómo fue aquello de organizar el congreso y de lo vivido aquellos días.

La organización fue sencilla por el enorme compromiso de ese grupo de personas. La idea original surgió en un encuentro con Olga Runciman (anterior presidenta de Hearing Voices Denmark) que vino invitada como ponente a un taller del Curso de la Esquizofrenia de 2014 que suele organizarse en Madrid anualmente. La fortuna de participar en la organización de este acontecimiento, me permitió descubrir algo que no había tenido oportunidad en mis años de profesional de la psicología clínica: que algunas personas con experiencias psiquiatrizadas y profesionales con una mirada crítica, muchas de estas personas procedentes de colectivos comunitarios, sumaban sus habilidades personales (capacidad creativa, entusiasmo, capacidad de organización, cuidados,..) en un proyecto común y en un acontecimiento vivo. Aquí mi homenaje para ellas. La participación fue todo un éxito, una fiesta de la diversidad mental: acudieron 400 personas y otras 200 personas se quedaron en lista de espera, sin poder acudir.

Me sorprendió la libertad con la que hablaban las personas que acudieron a aquel congreso, la gran mayoría pacientes (o “personas psiquiatrizadas”, como prefieren autodenominarse), acerca de cosas que veían, de voces que escuchaban o de otros fenómenos inusuales que experimentaban en su día a día sin miedo a que una posible subida de medicación, a un ingreso psiquiátrico o a una contención mecánica.

Posteriormente, Entrevoces desapareció y se creó Locomún. La participación en las asambleas y



en otros momentos más informales me permitió conocer las historias de dolor crudo, sin parape- tos diagnósticos ni tecnicismos, que algunas de estas personas han vivido en propia persona en su contacto con la salud mental y muy especial- mente con las contenciones mecánicas. De algu- na manera el contacto con estas personas (ahora compañeras) me ha llevado a escuchar el dolor experimentado por las personas que son atadas a una cama con mayor intensidad. Conocer cómo algunas de estas personas han sufrido lesiones al ser atadas a la cama, cómo han experimentado un intenso sentimiento de soledad, de humillación,... que sigue vivo mucho tiempo después. También he descubierto la solidaridad al compartir el su- frimiento y que este disminuye al ser compartido, escuchado y comprendido. Esta solidaridad se manifiesta de diversas maneras, entre otras, la de cuidar de una persona en una situación crítica, evitando un ingreso psiquiátrico o compartiendo experiencias comunes o no tan comunes.

El contacto con las personas del colectivo Loco- mún, así como con las de la plataforma “Dere- chos y Salud Mental”, me ha llevado a ampliar el foco proyectado sobre las prácticas de la contención mecánica y sus consecuencias, más allá de lo técnico, poniendo en el centro a las personas.

Otros espacios donde escuchar esta experiencia

Otros espacios comunitarios en los que partici- po y con los que mantengo contacto operan al modo de una matriz de reflexión crítica y cons- tructiva sobre los aspectos más preocupantes de la deriva que ha tomado la Salud Mental en las últimas décadas, en la que el uso habitual de la contención mecánica en una situación de crisis personal, preocupa y mucho y en los a menudo hemos pensado que conviene plantear reflexio- nes de calado al respecto.

Aunque hay una diversidad de experiencias y reacciones al ser atado a la cama, algunas per- sonas comparten experiencias con elementos comunes:

- Entre otras experiencias, una de las más comunes es el miedo a un ingreso, especialmente entre aquellas personas que ya han vivido esa situación previamente, y entre las situaciones temidas el ser atado a la cama es una de las más frecuentes.

- Otra de las situaciones vividas más traumáti- camente, especialmente por las mujeres, es el hecho de que un grupo numeroso de profe- sionales sea quien se encargue de retener a la persona y atarla a la cama. Especialmente si quienes las retienen son hombres y asocian un sentimiento de no poder escapar o defenderse de esa situación.

- Es común también que cuando la persona se encuentra relatando esa experiencia de sufri- miento, se bloquee, no pueda continuar con su relato, al emerger su dolor y los recuerdos en forma de imágenes, sensaciones, dolor... Hay ahí una vivencia traumática.

- Las personas a las que se les ha aplicado una contención mecánica de 5 puntos, a menudo re- latan un gran sufrimiento asociado con la falta de autonomía (no poder comer por su cuenta, la imposibilidad de levantarse para ir al baño (resultando con frecuencia en una pérdida del control de esfínteres y manchando el pijama y la cama, con un intenso sentimiento de ver- güenza y pérdida de dignidad), para salir de la habitación o sentarse en una silla, o para gesti- cular con las manos.

- Varias personas aseguran que sus familias no han sido informadas acerca de la aplicación de esta práctica cuando esto ha sucedido.

Señalar que, poco a poco van apareciendo en la literatura los efectos perjudiciales sobre la salud de la aplicación inapropiada de esta práctica (entre ellos el trombolismo venoso profundo) pudiendo llegar incluso a provocar la muerte en algunos casos.

Comentar, por último, que la aplicación de la práctica de la contención mecánica no se limita a las plantas de psiquiatría, sino que también se extiende a otras plantas hospitalarias cuando quien ingresa es una persona con diagnóstico de Salud Mental. Algunos profesionales y colectivos activistas denuncian que la duración de las contenciones en estas plantas puede incluso ser mayor que en la planta de psiquiatría.

Conclusión: Estas experiencias hablan de vivencias muy similares: la de haber sido fuertemente daña- dos. Por suerte se está empezando a hablar públi- camente de ellas y se intuye un giro en el horizonte.

Manuel Vázquez Díaz • manue1964nov@gmail.com

La Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental nos dio la oportunidad de hablar en 1ª persona sobre la vulneración de los derechos humanos en salud mental en las VII Jornadas de Derechos Humanos de la AEN.

Por las caras que contemplamos al terminar nuestra intervención, nos dio la sensación de que el texto presentado no era precisamente lo que se esperaban... La revista: *Norte de salud mental* nos pidió un texto con intención de publicarlo en sus páginas y es este es. Agradezco la oportunidad que se nos ofrece para hablar en 1ª persona sobre los derechos humanos (o mejor dicho) la vulneración de los derechos humanos en salud mental. Las personas con problemas de salud mental hemos estado tan machacadas históricamente, que plantearnos esta vulneración no nos choca. ¿Os imagináis que esta breve intervención fuera sobre peritonitis o pulmonía y derechos humanos? Nos resultaría raro, fuera de lugar y la verdad es que lo estaría.

La locura ha sido definida y tratada en cada cultura y en cada época de una forma particular, de acuerdo con las ideas dominantes del momento. Por lo tanto, la locura no es un dato objetivo, sino un dato histórico y social. Las múltiples definiciones que ha recibido abarcan desde la locura mandada por los dioses como castigo en la antigua Grecia hasta la concepción biologicista de nuestros días.

Podíamos hablar de cuando a los locos se les expulsaba a los campos o se les metía en un barco sin timón, pasando por la hoguera o la cámara de gas. En fin, una larga lista de afrentas. Por ejemplo ¿sabíais que a Egas Moniz le dieron el premio nobel por su invención de la lobotomía? Bueno, la lobotomía ya no se practica, quiero decir, no se practica desde los años sesenta. Aunque se sigue aplicando TEC o terapia electroconvulsiva. Usan la palabra terapia, yo lo llamaría de otro modo.

Irónicamente, aquello con lo que los políticos no han querido acabar durante su mandato pueden lograrlo (gracias a las puertas giratorias) ahora que muchos de ellos han logrado merecido puesto en alguna compañía eléctrica... Porque al precio que se está poniendo la electricidad hoy en

día, a ver qué hospital es capaz de permitirse un electroshock.

La historia y los poderes siempre nos ha tratado como a “seres distintos”, escondiéndonos, encerrándonos, exterminándonos, convirtiéndonos en unos marginados de la sociedad. Una sociedad que normalmente ya de por sí suele ser reacia a aceptar al diferente. Por fortuna, vivimos unos tiempos en que se han realizado espectaculares avances en temas como los derechos animales.

La población, de forma generalizada, empieza a ver con malos ojos cosas que hasta hace poco no solo no eran consideradas actitudes negativas, si no que se consideraban (aún se sigue haciendo por parte de muchos) como muestras de cultura y tradición. Lanzar a una cabra de un campanario, atar teas ardiendo en la cornamenta de un toro, perseguir a un toro por un descampado con cientos y miles de personas intentando ser los primeros en darle muerte a lanzazos... Este tipo de actitudes han creado en los últimos tiempos grandes titulares en prensa, debido al malestar generalizado que este tipo de actividades despiertan en la conciencia de la población española.

Lamentablemente los problemas de los usuarios de salud mental siguen ocultos para el gran público, y únicamente aquellos que los sufrimos y su grupo de familiares y amigos más cercanos somos los que los vivimos día a día. Los locos somos el gran grupo “marginal”, suponemos un altísimo porcentaje de la población mundial, pero la imagen histórica, el estigma, las creencias populares impulsadas muchas veces por los medios de comunicación, el cine, la literatura... nos convierten en unos grandes desconocidos. A un loco se le perdona que lo sea cuando además de loco es un genio, Edgar Allan Poe, Van Gogh... trascienden de su etiqueta de locos debido a la genialidad de la obra que crearon en vida.

Manuel Vázquez Díaz, aquí presente, lamentablemente (y a pesar de lo que pueda pensar yo internamente) no tengo esa genialidad como defensa... ni esa genialidad ni a nadie.

Los grandes grupos “marginales”, (los marginados por temas relacionadas con raza, sexualidad,



religión,...) a lo largo de los últimos años han ido logrando con su lucha organizada y con el apoyo externo que han recibido grandes adelantos en el reconocimiento de sus derechos individuales y como colectivos.

Gran parte de los partidos políticos exhiben públicamente una gran sensibilidad con estos temas, llegando a desarrollar leyes para la normalización de situaciones históricamente injustas, como es la ley de matrimonio homosexual. Lamentablemente los locos carecemos de ese gran apoyo social y político, y el trabajo que realizamos las asociaciones es algo demasiado reciente como para que se vean sus efectos. Los derechos humanos de los locos están siendo vulnerados día a día, provocando muertes vinculadas a las contenciones mecánicas sin que la sociedad tenga un verdadero conocimiento del tema, y sin que la clase política demuestre ningún tipo de sensibilidad ni preocupación por esto.

Las leyes se dictan para los cuerdos. La libertad que es un bien sagrado, se le puede quitar a una persona digamos cuerda solo después de la intervención de jueces, fiscales y abogados. Siempre mirando por sus derechos. En cambio, a los locos nos pueden encerrar sólo con la palabra de un psiquiatra. Y esto sin haber cometido ningún acto violento o ilegal.

Los encierros forzosos están a la orden del día. Es cierto que la persona con diversidad mental puede pedir que venga un juez a certificar el encierro. Pero como me decía un psicólogo con 30 años de profesión nunca había visto rebatir la palabra de un psiquiatra por un juez. Ya veis la libertad de una persona queda en manos de otra con la complejidad que esto tiene. Y una vez se ha producido el encierro ya no hay ninguna ley que te ampare. Hablo de la medicación forzosa, de sobre medicación y nuestro caballo de batalla, las contenciones mecánicas.

Contención mecánica es un eufemismo para referirse a atar a las personas a la cama con unas correas por extremidades y tórax dejándote en una habitación, solo y aislado. Esto puede durar horas o días dependiendo, o eso parece, de la actitud que la persona tenga.

Cuando permitimos la restricción forzada de los movimientos de una persona estamos vulneran-

do sus derechos más esenciales, nos estamos convirtiendo en cómplices.

La situación es análoga con la que se vive con la instalación de barreras físicas para evitar los “asaltos” (pues este es el bélico lenguaje con el que los medios de comunicación los han bautizado) de las personas migrantes que quieren ingresar en Europa huyendo de las guerras, la pobreza, y las injusticias que, en muchas ocasiones, los intereses económicos y políticos de los mismos europeos hemos contribuido a crear. No nos damos cuenta de que esas verjas que instalamos para defendernos de los “asaltos” terminan por encerrarnos a los “privilegiados europeos” tanto como a los migrantes a los que queremos impedir la entrada.

Debemos ser conscientes de que las normas restrictivas que impone un gobierno utilizando el “miedo a lo distinto” como excusa suelen terminar siendo utilizadas contra aquellos a los que supuestamente se pretendía defender.

¿Y por qué hablamos de **una analogía de situaciones**?

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud hablan de que 1 de cada 4 personas sufrirán, a lo largo de su vida, episodios de trastornos mentales... Esto supone, con las normas existentes actualmente, que 1 de cada 4 de ustedes, en un momento de su vida verá como sus derechos más fundamentales quedarán a expensas de la decisión de una persona cuya educación no incluye ningún tipo de formación legal.

Hagamos una breve reflexión, miren a su alrededor, busquen a otras 3 personas... pues según las estadísticas una de ustedes se va a encontrar en esa situación. Y no hagan trampa contándome a mí... porque yo ya lo estoy. Al comenzar esta disertación he agradecido la oportunidad de hablar de la salud mental en primera persona... ahora son conscientes de que esa “primera persona” puede ser cualquiera de ustedes.

El sufrimiento que padece una persona al ser “contenido” en contra de su voluntad es algo que difícilmente puede expresarse en palabras. Y es mucho más difícil aun cuando al que tiene que buscar esas palabras con las que expresarse se

le revive nítidamente el trauma sufrido en esos momentos.

Os pido que entendáis que contener a una persona no es, tal y como supone la norma, proteger a esa persona y al personal sanitario y al resto de usuarios del sistema de salud mental de la agresividad momentánea de esa persona. Contener a alguien es anularla totalmente como persona, privarle de su dignidad humana y de su voluntad, y mantenerla en tal estado hasta que, totalmente desecho física y mentalmente, decide claudicar y pedir clemencia.

Las normas creadas, en un principio, para su uso excepcional (con el que tampoco estamos de acuerdo) en defensa del propio afectado y de aquellos de los que le rodean, se utilizan en realidad como método “correctivo” de su conducta, por haber llevado la contraria o no haber cumplido a rajatabla las reglas establecidas.

Estos abusos de la norma, son una flagrante vulneración de los derechos individuales del usuario de salud mental, en un momento de especial dependencia, debido al estado “legal” en que se encuentra el usuario, en el que la opinión del psiquiatra será en todo caso apoyada por un juez.

Los profesionales de salud mental sabéis que estas situaciones se dan día sí y día también en los centros de salud mental del estado, y que tenemos que acabar con ellas de una vez por todas. Los sistemas de salud mental con **contención** o ya están siendo utilizados con éxito en algunos países, mientras otros han optado por soluciones intermedias, como las contenciones físicas, químicas... Es primordial acabar inmediatamente con los abusos de la norma, así como ir avanzando en la aplicación de soluciones alternativas como las que hemos expuesto. Estas alternativas son una realidad que, con el apoyo de los profesionales de salud mental del estado, podrían implantarse también aquí.

No seamos cómplices, y sí parte de la solución. No sigamos permitiendo actitudes como las que hemos expuesto (y todos vosotros conocéis de primera mano), por ser costumbre, o casi “tradicción”. No dejemos que se arroje a la cabra del campanario... ni que me aten a mí a una cama por estar como una cabra.

A mí me han atado, esto puede sonar baladí, pero no lo es en absoluto. Mis amigos profesionales me dicen que soy chungo porque les digo que no tienen ni idea de lo que es que te contengan. Pues bien, insisto en que no tienen ni idea. Vosotros no tenéis ni idea, si no te han contenido contra tu voluntad no sabes lo que es eso. En las jornadas de la revolución delirante, hubo quien se levantó, y pidió perdón por haber atado, bien, yo no perdono. En mis 53 años de vida, nunca he atado a nadie y he comido casi todos los días. Hay quien dice que lo hacen porque sus jefes los instan y no se pueden negar, aunque sea un poco exagerado... Creo que era Eric Fromm el que decía que el problema no es Hitler sino el sargento que pulsa el botón y gasea a 100 judíos, y luego se va casa a jugar con sus hijos.

Queridos profesionales, el daño que hacéis, que a mí me habéis hecho no tiene perdón. La contención mecánica es una forma de tortura, si contienes si lo sabes y te callas eres un torturador con todas las letras, yo no olvido ni perdono. Y usare este foro, y todos a los que tenga acceso para denunciar las contenciones mecánicas, y todas las vulneraciones de derechos que se nos infligen.

La ley lo permite pero la ética del profesional debe estar por encima de la ley. La objeción de conciencia debe ser un arma valiosa en manos del profesional, para terminar quiero decir una vez más que si no te han atado no sabéis lo que es, que cuando atáis o mandáis a un sitio donde sabéis que se ata estáis siendo cómplices. Lo siento por mis amigos profesionales pero esa es la verdad.

Para todos es evidente que allí donde hay poder hay gente dispuesta a aprovecharse de él en su propio beneficio, ya sea económico, político, o simplemente para satisfacer unos deseos muchas veces malsanos que de otra manera no podría ver cumplidos. Políticos corruptos, grandes empresarios defraudadores capaces de hacer cualquier cosa en su propio beneficio... Sacerdotes, entrenadores infantiles, profesores de primaria que aprovechan su situación de poder para cometer abusos sexuales.

Hace poco conocíamos casos de las orgías sexuales de los directivos de una asociación de



voluntariado social... Policías, militares o porteros de discoteca que dan rienda suelta a su vena más violenta valiéndose de su profesión... ¿Nos encontramos con lo mismo en la psiquiatría actual? ¿Alguno de vosotros siente que se ha unido a esta profesión no por el bienestar e integridad del paciente?

Alguno de vosotros, en contra de lo que marca el código ético de la psiquiatría firmado en 1996 en España, El psiquiatra debe ayudar al paciente proporcionándole el mejor tratamiento disponible. Debe llevar a cabo intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente.

La relación terapeuta-paciente se basa en la confianza mutua y el respeto, lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas.

Se podría estar hablando largas jornadas de la ética de la psiquiatría en torno al trato que se da al paciente... pero el tema para mí es mucho más sencillo.

Hablábamos antes de que una de cada cuatro personas en el mundo sufrirá en algún momento de su vida algún tipo de enfermedad mental... La cuestión es bien sencilla, la mayoría de ustedes son profesionales de salud mental... ¿estarían tranquilos si supieran que el personal que va a encargarse de su caso va a tratarle como usted lo ha hecho con alguno de sus pacientes...? Analicen internamente sus actuaciones, contéstense a sí mismos con sinceridad y perdónense sus culpas si pueden... Yo ya les he dicho que no puedo hacerlo.

Las personas con enfermedad mental, cuando se tratan adecuadamente, no suponen aumento del riesgo de violencia sobre la población en general. La violencia puede venir más de un problema en los pacientes diagnosticados de ciertos trastornos de la personalidad y de dependencia de sustancias. El impacto global de la enfermedad mental como un factor en la violencia que ocurre en la sociedad en su conjunto parece ser exagerada, posiblemente contribuye a la intensificación de la estigmatización que rodea los trastornos psiquiátricos.

- Recibido: 15/2/2018.
- Aceptado: 10/5/2018.