

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

¿Contención física o castigo? un recorte histórico de sus antecedentes.

Martínez, Alejandra Gabriela.

Cita:

Martínez, Alejandra Gabriela (2013). *¿Contención física o castigo? un recorte histórico de sus antecedentes*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/295>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/7tr>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¿CONTENCIÓN FÍSICA O CASTIGO? UN RECORTE HISTÓRICO DE SUS ANTECEDENTES

Martínez, Alejandra Gabriela
Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo surge a partir de la realización del Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el Campo de las Ciencias Sociales, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Me interesa indagar sobre uno de los recursos utilizados para la atención de pacientes psiquiátricos: las contenciones físicas. Dicho recurso es utilizado para manejar ciertas circunstancias de violencia, agresión y/o riesgo que resultan desbordantes en el marco de una sala de internación de salud mental. Se propone en el presente escrito un recorrido histórico sobre el origen y uso de la práctica, así como una breve síntesis de algunas investigaciones internacionales, con el fin de poder revisar el estado del arte y promover una reflexión sobre esta técnica tan arraigada para poder ubicar otro lugar posible, no solo para el sujeto, sino también para los profesionales de la Salud Mental.

Palabras clave

Contención, Derechos Humanos, Salud mental, Sujeto

Abstract

RESTRAINT OR PUNISHMENT? A CUT ITS HISTORICAL BACKGROUND
This paper arises from the realization Upgrade Program in Mental Health Determinants in the Field of Social Sciences, part of the Faculty of Social Sciences, UBA. I want to inquire on one of the resources used for the care of psychiatric patients: physical restraints. This resource is used to handle certain circumstances of violence, aggression and / or risks that are overflowing in the context of a room in a mental health. We propose in this paper a historical tour of the origin and use of the practice as well as a brief summary of some international research, in order to review the state of art and promote reflection on this so ingrained technique to locate another possible place, not only for the individual but also for the Mental Health Professional.

Key words

Containment, Human Rights, Mental health, Subject

Al investigar sobre la temática nos encontramos, que en nuestro país no hay reglamentación a nivel nacional sobre contenciones físicas, dado que la Dirección Nacional de Salud Mental no ha publicado nada al respecto por el momento. Como referencia, se utiliza, entonces, el protocolo de contenciones del SAME, de la OMS, y los de otros países, como por ejemplo Chile (2003) y España (2005), y la normativa OBRA, de Estados Unidos (1987). También existen precedentes judiciales de la Corte de nuestro país y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (por ejemplo el caso Ximenes Lopes, de 2006 en Brasil). Dichos antecedentes judiciales conllevan estándares mínimos para los casos donde se requieren las contenciones físicas. Por último, existen también principios internacionales que tratan sobre la temática.

Un poco de historia

En el Siglo XIX los psiquiatras habían consolidado su poder en los asilos. “No existía una diferencia clara entre los medios de castigo, destinados a la disciplina y sometimiento del enfermo dentro del establecimiento, y las medidas terapéuticas. Ambas consistían en tratamientos similares de coerción y sujetamiento a la disciplina de la institución”. [i] Emiliano Galende (2006), describe como se utilizaron diversas e ingeniosas maneras de atar a los enfermos, con el objetivo de calmar y disciplinar a los excitados, por ejemplo: se utilizaba el látigo, cadenas, red, y grilletes para atrapar y sujetar al enfermo. Luego comienzan a inventarse diferentes dispositivos específicos como la camisa de fuerza, la correa para locos, la silla de fuerza, la cama de fuerza, la cura por el asco, diversos medios de irritación de la piel, las sangrías, tratamientos en base al agua, y por último, tratamientos con electricidad.

Focalizando en los tratamientos mecánicos que lideraron las prácticas de los alienistas durante el siglo XIX, podemos resaltar el invento de Erasmus Darwin: la silla rotatoria: “Una silla especial en la cual se sujetaba al enfermo por el tórax y las piernas, inmovilizándolo”. [ii] Austenrieth, por su parte, había inventado, la máscara y la pera, que consistía en una máscara de cuero que impedía al enfermo gesticular, hablar o gritar. Y la pera lograba un efecto similar al de una mordaza. También se solían utilizar diversos inventos donde el enfermo debía permanecer inmóvil por varios días, como por ejemplo: la “cesta de mimbre”, el “armario inglés”, “la cuna de fuerza” y la “rueda hueca”.

Es sabido y comprobado al leer solo alguno de los dispositivos mencionados que el alienista creía y debía mostrar su autoridad a cada instante ya que todos debían percibirla y someterse a ella. “El reglamento de casi todos los manicomios del siglo XIX, que se extendió hasta no hace mucho, contemplaba que la desobediencia y mala voluntad del internado eran motivo suficiente para la imposición de castigo (...)”. [iii]

Hablando de Contención

Para comenzar a desnaturalizar la práctica, lo primero que debemos hacer es preguntarnos por el significado coloquial del término, entonces: ¿Qué significa el término contención? En el diccionario de la Real Academia Española, el término es definido como “Acción y efecto de contener (sujetar el movimiento de un cuerpo)”. [iv] Esta interesante definición, se contrapone a la que da la Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría de Chile: “Acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger, cuidar”. [v] A su vez, el mismo documento, define a la contención en Psiquiatría del siguiente modo: “la forma en que se recibe a un paciente, en el momento en que su estado de salud mental hace que él, o un familiar, soliciten ayuda al servicio especializado para su manejo y/o tratamiento (...) En nuestra realidad aparece como un último recurso frente a situaciones de violencia inmanejable, junto a la pérdida de juicio o sentido de realidad, a la falta de conciencia real de la persona acerca de su estado y por ende, a dificultades en su autocuidado y responsabilidad civil o penal frente a las acciones que ejecuta (...)”

Es un procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada ". [vi] Dicha definición, distingue 4 tipos de contenciones en psiquiatría: emocional, ambiental, farmacológica y mecánica o física. Este último tipo de contención es definido como un: "Procedimiento usado en psiquiatría, como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos. Este procedimiento, aun siendo aceptado, trae secuelas en las confianzas de las personas involucradas en la cura de la enfermedad mental (en los funcionarios, usuarios, familias, fuerza pública)". [vii]

En el Caso Ximenes López (2006), la corte Interamericana de Derechos Humanos dice: "La contención es una forma de sujeción, entendida ésta como cualquier palabra o acción que interfiera con la capacidad de un paciente de tomar decisiones o que restringe su libertad de movimiento". [viii]

Una normativa norteamericana

En los Estados Unidos diferentes estudios realizados revelaban un uso de contenciones en establecimientos residenciales superior al 40%. Como respuesta a esta situación, se promulgó la normativa OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) que comenzó a utilizarse en 1987. Dicha normativa establecía diferentes estándares de cuidado a largo plazo para los pacientes internados. La idea de la normativa era que cada paciente pueda alcanzar y mantener de la mejor manera su bienestar físico, mental y psicosocial. Se pone el énfasis en que la calidad de vida del paciente sea tan buena como su cuidado. Pero lo que me interesa resaltar es que se apunta a acentuar el derecho que tienen los pacientes a ser libres de innecesarios e inapropiadas restricciones, ya sean físicas o químicas. La mencionada normativa demostró una disminución significativa de la prevalencia en el uso de las contenciones de hasta el 20% (Snowden y Roy-Byrne, 1998; Tideiksaar, 2004, citado en Vall Mercadé, 2012).

Una mirada Española

Para poder llevar a cabo el procedimiento, junto a la contención física, se realiza la llamada contención farmacológica. El objetivo de la misma reside en administrar medicación en el cuerpo del paciente agitado para aliviar su sintomatología aguda. En el año 2002, Antonia Rivera Rodríguez y M. Dolores Esther Soto Quintas, realizaron una investigación que se propuso conocer la incidencia de las contenciones, para conocer la forma de administración de los psicofármacos utilizados en la práctica. El mencionado estudio, se realizó a 210 pacientes internados en la unidad de agudos de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Ourense, diferenciando los pacientes que requirieron la contención mecánica como intervención, de los que no la requirieron, durante un periodo de 6 meses. Los resultados mostraron una incidencia del 28,57% (60 pacientes) con un promedio de 25,33 horas de contención mecánica. El promedio de edad de los pacientes fue de 43 años, no observándose diferencias significativas entre sexos. La agitación y la agresividad fueron los motivos más frecuentes para la toma de decisión de la implementación del procedimiento. A su vez, estas manifestaciones de agitación y agresividad, fueron desencadenadas por un agravamiento de la patología de base y una mala respuesta al tratamiento. En un porcentaje de 61,7%, dichos pacientes llegaron a la sala de internación derivados del servicio de urgencias ya contenidos y solo el 1,6% requirió la medida de contención al ingreso o durante su

permanencia en el servicio. El motivo aducido por los profesionales de la salud para la utilización de la restricción ha sido el riesgo de violencia y la alteración de los procesos cognitivos. Entonces ¿en qué casos se utiliza? Las patologías asociadas al uso de esta práctica son las psicosis y los cuadros maníacos. También se consideran otros diagnósticos: retraso mental, trastornos de personalidad, alteraciones por alcohol, depresión e histeria. Las causas principales son: agitación psicomotriz, las conductas inapropiadas y la heteroagresividad. Otras causas son: la autoagresión, la inquietud y la contención como acto terapéutico.

Ética Profesional y Derechos Humanos

Cuando hablamos de ética profesional podemos pensar en la articulación de dos dimensiones: la dimensión deontológica jurídica y la dimensión clínica. La dimensión deontológica jurídica, está compuesta por las regulaciones normativas de la práctica profesional. En cambio, la dimensión clínica opera con una concepción de sujeto totalmente diferente (no hablamos de sujeto de derecho, sino de sujeto del inconsciente), donde se despliega el sufrimiento del paciente, la singularidad en situación. Introducir la dimensión clínica permite entonces involucrar una perspectiva ética, aludiendo a la dimensión del sujeto por dos vías: "Por una parte, insta a una relación con la deontología que no desconozca los principios que sustentan nuestro quehacer, ligados fundamentalmente a los avatares del sujeto sobre el que dirigimos nuestra práctica. Por otra parte, introduce la dimensión del sujeto en la vía de las decisiones respecto de las referencia deontológica, lo cual se diferencia sustancialmente de la posición de obediencia". [ix]

El análisis de esta práctica, puede realizarse también en base a los principios establecidos en los códigos de ética. Según Vall Mercadé (2012), aun cuando el uso de esta medida restrictiva este justificada, se deben respetar ciertos principios básicos para que la misma pueda llevarse a cabo:

- JUSTICIA: La aplicación de una medida de sujeción no puede actuar nunca como una causa de discriminación de la persona por parte del personal de salud que lleva acabo la contención. La persona tiene derecho a ser tratada con consideración y respeto.
- BENEFICENCIA: No solo se ha de proteger al paciente de cualquier tipo de daño sino que además, se ha de garantizar su bienestar.
- INTIMIDAD. Se ha de respetar el derecho a la intimidad, también cuando el usuario no tenga conciencia de ello. Es por eso que se sugiere realizar la práctica en una habitación individual, protegiendo al sujeto de miradas indiscretas.
- VULNERABILIDAD: El paciente que requiere una contención física está expuesto a una gran vulnerabilidad y a un alto nivel de dependencia con los profesionales. Es por eso que requerirá una atención integral especial y más dedicada.

Con lo cual, como profesionales de la salud, debemos poder intervenir con nuestros pacientes haciendo confluir ambas dimensiones, tomando en cuenta las reglamentaciones vigentes pero sin descuidar la singularidad del caso por caso y del padecimiento psíquico para poder así intervenir desde una perspectiva que vaya más allá de la moral, o sea desde una perspectiva ética, en resguardo de la subjetividad de nuestros pacientes y de sus derechos humanos, derechos fundamentales e inalienables. Pero, ¿que pasa cuando esto no sucede?, ¿tiene el poder alguna injerencia?

Ejerciendo el poder... Un fallo paradigmático

Cuando hablamos de poder, lo hacemos considerándolo como una relación de fuerzas, (Foucault, 1987) y no como algo que un sujeto pueda tener sino que es algo que se ejerce, ya que atraviesa la to-

talidad de las relaciones sociales. Desde su definición misma, y a su vez como podemos verlo reflejado en el recorrido histórico realizado, el poder es algo que va cambiando, ya que no podemos pensarlo como una cosa o una sustancia sino que podemos interrogarnos que juego se da entre los sujetos en relación al poder, ya que lo pensamos como un juego de relaciones. El poder siempre es asimétrico y tiene capacidad de anclar en los cuerpos (aunque sean ellos su blanco principal). Esta capacidad del poder es la que nos permite dejar de victimizarnos, dado que no hay poder sin resistencia. Existe la posibilidad del cuerpo de resistir y de sublevarse. Y es a esta posibilidad a la que debemos apelar para poder posicionarnos desde otro lugar, en resguardo no solo de la salud física de nuestros pacientes, sino también de su subjetividad. El poder es intencional (tiene una direccionalidad y apunta a algo), pero no es subjetivo (el efecto de las relaciones de poder no siempre es el efecto de algo que fue planeado). Tal como recorta Galende, los alienistas creían que debían mostrar su autoridad, o sea detentar el poder que creían tener sobre los pacientes para poder llevar a cabo los tratamientos y que reine la disciplina y el orden en la institución. Pero ¿Qué pasa cuando dicho poder cruza cierto límite? Lamentablemente no debemos ir demasiado lejos en el tiempo como para comprobar que sigue habiendo profesionales de la salud que utilizan su poder para dictar medidas que no siempre son las más adecuadas, ni son usadas para el bienestar del paciente. El 1 de octubre 1999, en Brasil, se produjo la internación de Damiao Ximenes Lopes en la Casa de Reposo Guararapes. Luego de 3 días de internación, el paciente falleció. La muerte del paciente desencadenó una denuncia en la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por golpes y ataques contra su integridad personal. La corte se pronunció al respecto en el año 2006. Entre sus escritos y respecto a la técnica de referencia, la corte estableció: “*El Tribunal considera que la sujeción es una de las medidas más agresivas a que puede ser sometido un paciente en tratamiento psiquiátrico. Para que esté en conformidad con el respeto a la integridad psíquica, física y moral de la persona, según los parámetros exigidos por el artículo 5 de la Convención Americana, debe ser empleada como medida de último recurso y únicamente con la finalidad de proteger al paciente, o bien al personal médico y a terceros, cuando el comportamiento de la persona en cuestión sea tal que ésta represente una amenaza a la seguridad de aquéllos. La sujeción no puede tener otro motivo sino éste, y sólo debe ser llevada a cabo por personal calificado y no por los pacientes*”. [x] Este caso resulta paradigmático dado que no hay evidencias de que el paciente representara un riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. A su vez, no se ha comprobado que los profesionales intentaran utilizar un método que resulte menos agresivo para controlar un posible episodio de violencia. Y es por eso, que el uso de la fuerza física en este caso se vuelve ilegal. Por ende, concluye la comisión que: “*Los programas de salud mental deberían esforzarse por mantener un ambiente y una cultura de cuidado que minimice la utilización de dichos métodos. El uso injustificado y excesivo de la fuerza en el presente caso constituye una práctica inhumana y un tratamiento degradante*”. [xi]

NOTAS

[i] Galende, E. Y Kraut. A. (2006) “El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”. Lugar Editorial. Bs. As. Pp.56.

[ii] Op. Cit. Pp.66

[iii] Op. Cit. Pp .72

[iv] <http://lema.rae.es/drae/?val=contencion>

[v] Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. División de rectoría y regulación Sa-

nitaria. (2003) Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría. Pp. 8.

[vi] Op. Cit. Pp 7-8.

[vii] Op. Cit. Pp. 9.

[viii] Corte Interamericana de Derechos Humanos, “*Ximenes Lopes vs. Brasil*”, del 4/7/2006. Pp. 13

[ix] Salomone, G; Domínguez M.E. (2006) La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Vol. I: Fundamentos. Letra Viva. Pp.52.

[x] Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, supra nota 32, principio 11.11. Citado en Corte Interamericana de Derechos Humanos, “*Ximenes Lopes vs. Brasil*”, del 4/7/2006 Pp. 58

[xi] Corte Interamericana de Derechos Humanos, “*Ximenes Lopes vs. Brasil*”, del 4/7/2006. Pp. 13.

BIBLIOGRAFIA

Álava Cascon, T., Blanco Prieto, M., Díaz Moreno, H., Seoane Lago, A. (2005) Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

American Psychological Association (2010) Principios éticos de los psicólogos y código de conducta.

Asociación Mundial de Psiquiatría (2002) Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, “*Ximenes Lopes vs. Brasil*”, del 4/7/2006

CPT (2002) Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos y Degradantes.

Escobar, M.E. (1987) “El tratamiento de urgencia del paciente violento” en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV / N° 3.

Foucault, M. (1986) “Las redes del poder”, en Revista Fahrenheit 450, Buenos Aires, Año 1, N° 1.

Foucault, M. 1987 (1977) Historia de la sexualidad, Tomo I la voluntad de saber, México, Siglo XXI.

Foucault, M. (1987) “Vigilar y Castigar”. México. Ed. Siglo XXI.

Galende, E. y Kraut. A. (2006) “El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos”. Lugar Editorial. Bs. As.

Hollis Turnham, Esquire. Federal Nursing Home Reform Act from the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 or simply OBRA '87 SUMMARY.

Legislación Sobre Salud Mental y Derechos Humanos. (2005) Editores Médicos. Edimsa.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2010), Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental (Compendio).

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. División de rectoría y regulación Sanitaria. (2003) Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias.

Rivera Rodríguez, A., Soto Quintas M.D: Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. Psiquiatría.com. Vol. 06, núm. 2 - Junio 2002.

Salomone, G., Domínguez M.E. (2006) La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Vol. I: Fundamentos. Letra Viva.

Vall Mercadé, Ma. Del Roser. (2012) Breves consideraciones antes las consideraciones físicas. Aspectos Éticos y Legales. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría.com