

3. LA CONTENCIÓN MECÁNICA: ¿TRATAMIENTO SANITARIO O VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS?¹

Giovanna Del Giudice²

Mañana por la mañana, en el momento de la visita, cuando intentéis comunicaros con estos hombres sin ningún vocabulario, podéis recordar y reconocer que frente a ellos tenéis una superioridad: la fuerza.

(Del manifiesto de los surrealistas franceses a los directores de los manicomios, 1925)

I. LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En la terminología médica y de enfermería se habla de contención mecánica para definir la inmovilización parcial o total de una persona custodiada bajo tratamiento mediante el uso de correas, cordones, bridas, muñequeras, cinturones, corsés, tirantes, sillas y camas de contención. Un armamento de objetos de tortura que evoca la imagen de los “locos” encadenados de finales del siglo XVIII.

Actualmente, hay que señalar que esta práctica, nacida en el ámbito de la psiquiatría y todavía utilizada en contra de las personas con trastornos mentales, se ha extendido a otros ámbitos y se utiliza frente otros sujetos “frágiles” y “débiles” como consecuencia de la edad, enfermedad, discapacidad u otras circunstancias. Las personas ancianas son sometidas de manera masiva a la contención, son viejos institucionalizados en residencias de ancianos o ingresados en hospitales en caso de tratamiento. Sin embargo, también son sometidas a contención las personas con discapacidad en centros de tratamiento, los adolescentes con trastornos de conducta o problemas psicológicos durante la hospitalización, las personas con problemas de adicción a las drogas en las, así llamadas, comunidades terapéuticas, etc.

Los trabajadores de la salud y socio-asistenciales que recurren a este tratamiento usan la palabra “contención” tratando de convertir un acto inhumano y degradante, para quienes lo sufren y también para los que lo practican, en un acto técnico y profesional. Pretenden denominar de alguna manera a la “contención”: complejo de acciones relativas a la asunción del cuidado de la persona que sufre o en crisis, en diferentes planos, desde el relacional hasta el corporal, diseñada para “aceptar” el sufrimiento y sostenerlo o mantenerlo dentro de los

¹ Traducción de la Secretaría General de Capacitación y Jurisprudencia de la Defensoría General de la Nación.

² *Psiquiatra. Presidenta de la Conferencia Mundial para la Salud Mental Franco Basaglia. Coordina proyectos de cooperación internacional relativos a la salud mental de la comunidad.*

límites espaciales e internos. Sin embargo, la contención no utiliza ningún medio mecánico, se refuta en relación con el otro, en la reciprocidad y en la negociación, a veces incluso a través de un informe o del choque entre los cuerpos de cada uno y del riesgo que supone también para el profesional sanitario.

En la contención mecánica se ejerce, además, un abuso sobre la otra persona y se violan derechos humanos fundamentales como la libre circulación y la integridad física y mental. Usando palabras que corresponden a la práctica, “palabras obvias” que ocultan o mitifican la realidad con el fin de dejar todo sin cambios (Goffman *et al.* 1968)³, considero que es necesario y éticamente correcto hablar de atar, inmovilizar, amarrar, sujetar, encerrar, etc., con el fin de provocar indignación y sentar las bases para “liberarnos” de esta práctica.

Una persona que ha sido atada es ofendida en la dignidad, se la niega en su subjetividad y en el derecho. Indefensa, abandonada y sola, pierde toda posibilidad de negociación, de ser reconocida y tenida en cuenta. Solo queda el cuerpo sometido, en una relación de abuso.

Cuando una persona es atada desaparece cualquier posibilidad de curación, aun cuando se le siga ofreciendo una asistencia sanitaria concreta, porque cesan la relación recíproca y la igualdad social y relacional. Cualquier tipo de acción, aunque sea sensata, resulta frustrada y anulada terapéuticamente si se dirige a una persona atada o a otros pacientes presentes⁴.

Si la contención mecánica es una práctica extendida en los centros de salud, debemos subrayar que los operadores nunca hacen referencia al uso de tal práctica, excepto cuando se ven obligados debido a un “accidente” como resultado de esa práctica. Normalmente no se puede encontrar mención alguna de la contención en los registros médicos de los pacientes hospitalizados, a pesar de que los profesionales sanitarios definen esta práctica como tratamiento médico. La contención sigue siendo una práctica generalizada, aunque sumergida, cuya frecuencia y resultados, por regla general, no son monitoreados.

Los operadores afirman que recurren a la contención por el “bien” de la persona: para evitar caídas de la cama, impedir el alejamiento o la fuga del lugar de asistencia o tratamiento, para la administración de terapias (a veces en contra de la voluntad de los pacientes), para hidratar, para prevenir actos de auto o hetero agresión, por falta de personal, etc. Resulta evidente que esas motivaciones no pueden justificar la violación de derechos humanos fundamentales ni revestir de legalidad a dicha práctica.

Con respecto a la presunta legalidad del recurso a la contención, y con independencia de otras legislaciones nacionales específicas, tenemos como punto de referencia a nivel internacional la Convención de Naciones Unidas del año 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad⁵. La Convención, ratificada en junio de 2013 con 132 países miembros⁶,

3 De esta manera afirma Franco Basaglia en la introducción de *Asylums*: “Sin embargo, hasta que la vejación y la violencia sean todavía el verdadero leitmotiv de nuestra realidad, solo pueden usarse palabras obvias, para no disfrazar bajo la construcción de teorías aparentemente nuevas el deseo de dejar las cosas como son”.

4 Esto han declarado personas que han experimentado dichas situaciones.

5 El convenio tiene por objeto promover y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales para las personas con discapacidad. No enuncia nuevos derechos humanos, pero sí tiene por objeto establecer obligaciones en la esfera legislativa, administrativa y judicial de los países signatarios para la promoción y protección de la misma.

6 El convenio ha sido ratificado por el gobierno argentino en septiembre de 2008, y por parte del gobierno italiano en marzo de 2009.

establece en los artículos comprendidos entre el 14º y el 17º el derecho de las personas con discapacidad a no ser sometidas a tortura, a tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el reconocimiento del derecho a la integridad física y mental, derivándose de ello la ilegalidad de la contención mecánica.

Se recuerda también que en los lugares en los que se implementa la contención, ella va acompañada de otras restricciones de la libertad personal tales como el cierre de puertas, las requisas y el saqueo para quitarles a las personas las pertenencias que se consideren peligrosas, circuitos cerrados de video vigilancia, reglas rígidas, etc.

II. LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA

Abordar el tema de la contención mecánica en psiquiatría, es decir, de la inmovilización, sujeción o del bloqueo de la libre circulación de las personas con enfermedades mentales en tratamiento a través de la utilización de medios tales como correas, cintas, cadenas, etc., es una operación fundamental, que nos devuelve a la raíz de esta problemática: el paradigma que subyace en la concepción de la persona con padecimiento mental y la ciencia psiquiátrica. Pero ello también habla de la cultura en un país, de sus organizaciones, de las prácticas dirigidas a la atención de las personas con padecimientos mentales y a la de sus familias y de la protección de los derechos humanos fundamentales.

Por tanto, la práctica de la contención no solo abre interrogantes sobre los especialistas que la emplean, sino también sobre las políticas y las instituciones, así como sobre la comunidad en su conjunto, y habla del estado de civilización de un pueblo.

Hoy en día, el recurso a métodos coercitivos, a instrumentos mecánicos para bloquear el libre movimiento de las personas con padecimientos mentales, para confinarlas en espacios pequeños y segregados con el fin de evitar contactos con otros, para relegarlas en muchos casos a los límites y más allá de la comunidad, es una práctica común en diferentes partes del mundo, aunque sea de forma cualitativa y cuantitativamente diferente dependiendo de los contextos sociales, políticos y económicos, de las áreas urbanas o periféricas, de las creencias.

Para fijar algunas imágenes: en partes de África se puede ver a hombres y mujeres encadenados a los árboles en los bosques o, en general, en los límites de los espacios habitables y de las comunidades. En algunas zonas rurales de China, son los propios familiares los que se encargan de las personas con graves enfermedades mentales, quienes los mantienen en zonas aisladas de las viviendas o permanecen encadenados, o incluso son paseados amarrados como animales.

Todavía hoy en Indonesia, muchos miles de personas con enfermedades mentales están confinadas, segregadas, esposadas, a pesar de que la práctica del Pasung está prohibida desde 1977. Se trata de zonas en las que la población, en particular los menos pudientes, no tienen acceso a la atención sanitaria y las familias se quedan solas, o a la presa de falsos sanadores, para abordar el sufrimiento mental de estas personas. Cuando no pueden hacer más, recurren al distanciamiento y la segregación.

En occidente, la liberación de los locos respecto de sus cadenas fue llevada a cabo en 1794 por Phillippe Pinel en la prisión de Bicêtre, en tiempos de la Revolución Francesa. Dicho acontecimiento no significó un retorno a la libertad de las personas con enfermedades mentales, sino el inicio de su internación en institutos “especiales”, los manicomios, donde estos continuaron –y continúan– sufriendo un trato inhumano y degradante, lesivo de la

dignidad. Custodiados, segregados, aislados, privados de derechos y de su historia, apartados de sus relaciones sociales y de sus contextos naturales de vida, en un proceso crónico y silencioso, permanecen a merced de sus cuidadores, vulnerables y continuamente en riesgo de sufrir abusos y violencia.

El último reporte del 2008 del Comité del Consejo de Europa para la Prevención de la Tortura (CPT)⁷ sobre la utilización de medios coercitivos respecto de las personas con padecimientos mentales hospitalizadas en instituciones psiquiátricas, después de las visitas efectuadas por el Comité en los Estados miembros entre 2005 y 2007⁸, constata aún hoy y denuncia el uso excesivo de medios de contención física. Los métodos coercitivos detectados en las instituciones van desde el bloqueo manual del paciente a la utilización de medios mecánicos tales como correas, camisas de fuerza, camas de contención cerradas con redes (camas jaula), desde la sedación farmacológica al aislamiento del enfermo en cuartos específicos.

El CPT, al tiempo que reconoce que el uso de medios que limitan la libertad de los pacientes, violentos y/o en estado de agitación, parece ser a veces necesario, declara que la contención física debe ser la última opción. Además, el CPT tacha de tratos inhumanos y degradantes, que por lo tanto deben ser abolidos, al uso de esposas, cadenas de metal y camas jaula, a la contención que dura todo el día y a la utilizada como punición o medio pedagógico. El CPT analiza, también, que el aislamiento del paciente al inicio puede producir un efecto de sedación que, a largo plazo, puede provocar ansiedad y desorientación.

En las observaciones finales, el informe afirma que el uso de medidas de contención en las instituciones psiquiátricas no se da tanto en función del diagnóstico del paciente o de las condiciones estructurales y de la cantidad de personal, sino más bien de factores no clínicos, como la cultura, las actitudes y la percepción de su propio rol por parte de los operadores, y también del conocimiento de sus derechos por parte de los pacientes.

El Comité Europeo contra la Tortura define, finalmente, la meta realista de la reducción, a largo plazo, del uso de la contención y su abolición a partir de un cambio cultural total y del rol del *management*.

III. LA ACTUALIDAD DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA EN ITALIA

En Italia, a 38 años de la ley de reforma de la psiquiatría, 50 años después de la experiencia de Franco Basaglia en Gorizia (1961) y en Trieste (1971) tendiente a la negación y al desmantelamiento del hospital psiquiátrico, a casi veinte años de la clausura de todos los hospitales psiquiátricos (el último fue cerrado en 1999) y de la apertura de los servicios de salud mental en todo el territorio nacional, resulta dramáticamente necesario abordar de nuevo la cuestión de la contención física, en algunos lugares nunca superada o de nuevo instalada, para renovar nuestro compromiso con el paradigma que sostiene ahora la cultura, la organización y la práctica manicomial.

7 El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes fue instituido en 1987, con la aprobación, por parte de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa del "Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas y Tratos Inhumanos o Degradantes". El objetivo del trabajo del CPT es apoyar a los Estados miembros en la prevención de los malos tratos a las personas privadas de su libertad. El CPT trabaja también en hospitales y en servicios psiquiátricos.

8 Las visitas del CPT refieren a 56 países miembros donde, excepto en Italia, los hospitales psiquiátricos son activos.

El proceso de desinstitucionalización de los manicomios y de la ciencia psiquiátrica que condujo a la adopción de la ley de reforma, ley 180 de 1978⁹, puso en el centro el reconocimiento de los derechos de las personas. Había comenzado por el compromiso contra las prácticas, generalizadas y rutinarias, de privaciones y limitaciones de la libertad personal, de violaciones del cuerpo, contra la segregación y la práctica de exclusión de la ciudadanía. La abolición de la camisa de fuerza, de las camas con redes, de las cintas, de los lazos, de los cuartos de aislamiento, la eliminación de las redes, la remoción de las rejas de las ventanas y terrazas, la apertura de las puertas y pabellones, la abolición de la terapia de *shock*, el fin de la separación de los géneros y de la segregación de la comunidad, etc., fueron las primeras acciones concretas de una gran fuerza y valor ético, que han caracterizado a las experiencias de la deconstrucción del manicomio y de la restitución de los derechos y la dignidad a las personas internadas. Se trata de actos prioritarios que requerían y requieren, por parte de los operadores innovadores que dan inicio al cambio, presencia, responsabilidad, alianzas, trabajo colectivo. El objetivo es combatir y vencer los primeros temores de las personas internadas y de los enfermeros/as de no estar solos en los departamentos para gestionar las contradicciones que se producen en el cambio y en la restitución de derechos. También liberar a los operadores de la responsabilidad de la custodia y promover, en su lugar, informes de asunción del cuidado y de cura.

Sin embargo, debemos reconocer que este proceso no ha involucrado a todo el país y no podía ser si no así. En muchas situaciones, la clausura del manicomio era una acción burocrática y administrativa, muy asimilable a la deshospitalización¹⁰ y a la transinstitucionalización¹¹.

Así, en las situaciones en las que no ha sido parte de la discusión, o en las que ha resultado vencedor, el paradigma médico biológico y el paradigma de la peligrosidad, de la incompreensión, de la no curación de la persona con padecimientos mentales, han producido y producen organizaciones, estilos de funcionamiento y prácticas también en los nuevos servicios de la reforma, que confirman y reproducen negaciones del otro, objetivaciones, desconocimiento de los derechos, distancia defensiva, exclusión, abuso, violencia, manicomialidad en suma.

Pero, aun así, hay que decir y defender con fuerza que después de la realidad de la utopía de Basaglia y la ley 180, en Italia nada ha sido como antes. Aconteció una gran revolución que no fue solo la clausura del manicomio con la puesta en tela de juicio de sus fundamentos jurídicos, administrativos y científicos; sobre todo, ha cambiado la concepción del “loco”, del “diverso”, y se ha intervenido en los cimientos para promover igualdad en el acceso a los derechos y para contrarrestar el pasaje de la diversidad a la desigualdad social. Se puso fin a la gran internación manicomial -eran 100.000 las personas internadas en los 86 hospitales psiquiátricos italianos a fines de los '60- pero principalmente fue acabar con el estatus especial para la persona con padecimiento mental, que entró plenamente en la ciudadanía, con la promoción y acceso real a los derechos de estos ciudadanos, antes excluidos, aunque todavía débiles y vulnerables. Ha sido importante, a lo largo de los años, el desarrollo del

9 Ley de Tratamientos de Salud Voluntarios y Compulsivos, Ley 180, 1978, Italia.

10 Llamamos “deshospitalización” a la reducción de camas de hospital y la externación de pacientes de los hospitales psiquiátricos, mientras el paradigma de la internación y sus dispositivos administrativos y legislativos permanecen intactos.

11 Llamamos “transinstitucionalización” a la externación de los internos de los hospitales psiquiátricos mediante su transferencia a otras instituciones cerradas.

liderazgo de las asociaciones de familiares y de las personas que han tenido o tienen experiencia en padecimientos mentales. El debate sobre la salud mental y sobre el destino al que están sometidas las personas con padecimientos mentales atraviesa toda la comunidad.

Por fin, hoy Italia está afrontando el gran reto del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales.

IV. LA REANUDACIÓN DEL DEBATE SOBRE LA CONTENCIÓN

Si en Italia la abolición de los métodos coercitivos fue uno de los primeros actos que han caracterizado al camino de la desinstitucionalización, después de la promulgación de la ley 180/78, el compromiso por el cierre de los hospitales psiquiátricos, que duró 20 años, y por la construcción de servicios de salud mental territoriales, asumieron todo el campo. Durante años, el problema de la contención física se mantuvo “suspendido”, sin mención en el debate colectivo. Un resurgimiento de la atención y de la discusión en torno al tema de la contención mecánica y, en general, de la limitación de la libertad personal con respecto a las personas con padecimientos mentales se determinó con el comienzo del nuevo milenio, en una renovada atención, en algunos lugares nunca suspendida, acerca de la calidad de las prácticas y de los estilos operativos, y de los temas críticos en los servicios de salud mental desde la reforma, con la contención física a la cabeza. A nivel internacional, sobre todo en los Estados Unidos, en Gran Bretaña y en el norte de Europa, ya existen investigaciones que indagan el fenómeno de la contención física en los servicios psiquiátricos, que miden la consistencia, las características, los eventos adversos graves y el abuso. A partir de esas investigaciones, las asociaciones científicas de éstos países (Colegio Real de Enfermería, 1989; Real Colegio Británico de Psiquiatras, 1999; Asociación Estadounidense de Psiquiátrica, 2003) se han inspirado para abrir un amplio debate y para elaborar directrices para la contención física o mecánica, tal como se la denomina en la terminología estadounidense, con el fin de reducir su uso únicamente a los casos de extrema necesidad y reducir los resultados negativos y los abusos.

Las primeras investigaciones en Italia sobre el uso de la contención mecánica conciernen a todo el territorio nacional: se trata de la del Instituto Mario Negri, en 2001, y en 2005, la “Progress Acuti” del Instituto Superior de Salud. Las investigaciones evidencian la persistencia en la asistencia psiquiátrica de prácticas segregativas, de custodia, de contención, y pone el foco en la estrecha relación entre el uso de la contención física y el recurso a prácticas agresivas, tales como la requisa personal, concluyendo que cuanto menor es la agresividad de los operadores al momento del ingreso al establecimiento, tanto menos necesarias resultan las medidas destinadas a contener físicamente la agresividad o el deseo de escapar del paciente. Se evidencia que solo el 15% de los servicios de salud mental no recurren en absoluto a la contención física y operan a puertas abiertas. Los resultados de esta investigación se convirtieron en un importante punto de referencia para la presentación de las prácticas coercitivas que aún se utilizan y para acelerar su superación y abolición.

En Italia, después del informe de 2008 de la CPT para el gobierno italiano, y luego de las muertes denunciadas por familiares y por las asociaciones de personas admitidas en el servicio de hospitales psiquiátricos entre el 2006 y el 2009¹², el tratamiento de estas temáticas

¹² Las cuatro muertes entre el 2006 y el 2009 a las que se hace referencia son las que tuvieron trascendencia. Si hubo otras muertes en esos años, o en los años anteriores, han quedado ocultas en el dolor privado. La primera muerte reconocida e investigada ocurrió en junio de 2006 en el servicio psiquiátrico del hospital de

se ha convertido en un problema urgente y que ya no puede ser eludido por los técnicos y las instituciones. En el 2010, también en relación con el escándalo de estas muertes por contención física, la Conferencia Estatal/Regional emitió un documento con recomendaciones para la prevención de la contención física en psiquiatría.

En diciembre de 2015 un cartel de aquella asociación¹³ inauguró la campaña *...E tu sle-galo súbito*^{14*} para la abolición de la contención física a partir del servicio de la psiquiatría. La campaña en curso incluye al gobierno central, a instituciones, técnicos, operadores, ciudadanos, personas con experiencia en padecimientos mentales, familiares, asociaciones profesionales, entre otros.

V. LA JUSTIFICACIÓN DE LOS OPERADORES PSIQUIÁTRICOS PARA RECURRIR A LA CONTENCIÓN FÍSICA

Los operadores dicen que atan para afrontar la agresividad de los pacientes frente a sí mismos y frente a terceros, pero hablamos solo de la violencia del paciente y nunca de la violencia, habitualmente enmascarada, de aquellos que se ocupan de la psiquiatría, de la violencia de las organizaciones, de la rigidez de las reglas, que están frecuentemente en la base de la agresividad de las personas internadas. En los lugares de tratamiento las personas también son atadas para el suministro de fármacos por vía de infusión, para impedir que se caigan de sus camas los pacientes profundamente sedados, para impedir que el paciente se aleje del establecimiento. Ciertamente, no es frecuente, pero también ocurre, que la contención física sea usada como “punicción” del comportamiento transgresivo o de oposición e, incluso, existen evidencias de que se amenaza a las personas internadas con el recurso a la contención física para persuadirlas de acciones no deseadas.

Los operadores que atan a los pacientes no hablan de esta práctica, a menos que se vean obligados debido a resultados desafortunados vinculados con ella. En estos casos se apela como regla general al “estado de necesidad”, es decir, la urgencia de “salvarse a sí mismo o a otro del peligro actual de daño grave a la persona”¹⁵. Algunos psiquiatras apelan además a la “posición de garantía”, vale decir, a la atribución de responsabilidad de los médicos en relación con una acción punible, auto o hétero lesiva, cometida por una persona bajo tratamiento, y de ello desprenden la obligación de que la “custodia” se lleve a cabo, incluso, a través de la contención física. Ciertamente, algunas sentencias de magistrados en Italia de

Cagliari, donde hacía tres meses que yo era la Directora del servicio psiquiátrico. Esta muerte revela y denuncia el compromiso con la abolición de la contención física y fue para mí el hilo rojo en la acción de cambio en ese departamento de salud mental.

13 Entre las primeras asociaciones signatarias están Forum Salute Mentale, Conferenza Basaglia, Unione Nazionale Associazioni Familiari Salute Mentale (UNASAMM), el sindicato CGIL, Fondazione Franca e Franco Basaglia, Associazione Diritti del Malato, etc.

14* Nota de los traductores: *...Y tú, desátalo de inmediato*

15 En Italia, la referencia es al artículo 54 del Código Penal, que regula el estado de necesidad: “No es punible quien ha cometido el hecho habiéndose visto obligado por la necesidad de salvarse a sí mismo o a otra persona de un peligro actual de un daño grave a la persona, peligro no causado voluntariamente, ni evitable de otro modo, siempre que el hecho sea proporcionado al peligro. Esta disposición no se aplica a quien tiene un deber jurídico especial de exponerse al peligro. La disposición de la primera parte de este artículo se aplica también si el estado de necesidad está determinado por la amenaza de otra persona; pero, en ese caso, por el hecho cometido por la persona amenazada responderá quien la haya obligado a cometerlo”.

los últimos diez años concluyeron con la condena por imprudencia del médico tratante, por los delitos cometidos por una persona bajo tratamiento, lo cual ha reforzado las actitudes “defensivas” de los psiquiatras, pero consideramos que esto debe ser puesto en discusión y que, de ningún modo, puede justificar o confirmar prácticas ilícitas.

Algunos psiquiatras, incluso, dicen que se recurre a la contención física por el “bien” de la persona, haciendo pasar un acto de dominio y de abuso por un propósito humanitario. Eventualmente, otros dicen que se recurre a la contención física como alternativa al uso de dosis masivas de psicofármacos cuando, en los hechos, la atadura se complementa siempre con la utilización de dosis importantes de fármacos, asociándose por regla general la contención física con la contención farmacológica. Otros, para justificar la contención física, invocan carencias estructurales, en particular del personal de asistencia, sin demostrar, por otro lado, con actos concretos, que exista una relación directa entre aquellos.

Por último, algunos psiquiatras afirman que son las mismas personas internadas quienes les solicitan ser atadas. Habida cuenta que en más de cuarenta años de profesión esto no me ha ocurrido, en una situación similar sería necesario, en vez de atar, preguntarse por los recorridos institucionales que la persona ha atravesado, y sobre la imagen que la institución le ha impuesto y que esta persona ha incorporado.

En cambio, lo habitual es que los operadores que atan a los pacientes no pongan en discusión la cultura y el paradigma que sostienen el recurso a la contención física, ni el modelo organizativo de los servicios y el rol crucial del *management*.

VI. LAS CONSECUENCIAS DE LA CONTENCIÓN

Creo que no hace falta describir el dolor físico causado a la persona atada con lazos, correas o cintas que aprietan las muñecas y los tobillos y hacen imposible cualquier movimiento voluntario o destinado a apartar un agente externo fastidioso y nocivo. Luego, cuando la persona pretende liberarse de las ataduras, los lazos y las correas pueden causar más dolor, en particular si fueron apretados o reforzados, tal como lo han referido las personas sometidas a este tratamiento.

Si examinamos, además, el daño físico causado por la contención, el cuadro se complica. Los órganos y las funciones corporales pueden resultar dañados directamente por la presión o por el mal posicionamiento del medio de contención; se pueden causar abrasiones de la piel, compresión de los nervios, isquemia de las extremidades y de los órganos. La inmovilidad puede producir tromboembolia pulmonar, úlceras de decúbito y el recurso al catéter, al cual habitualmente son sometidas las personas contenidas físicamente, puede a su vez provocar uretritis, cistitis y nefritis. Las consecuencias desfavorables llegan hasta la muerte, por lo general como consecuencia de tromboembolia o muerte súbita. Los incidentes mortales también pueden ser causados por la mala colocación de los medios de contención y por los intentos simultáneos del paciente que busca liberarse, lo que puede determinar una constricción del paciente entre las correas y bandas de contención hasta el punto de la asfixia y la muerte.

Pero tanto mayor es el “sufrimiento psíquico” indescriptible que producen las ataduras, ampliamente evocado por las personas que han padecido esta experiencia. Es un sufrimiento producto del sentimiento de “cosificación”, de aniquilación y de abuso. La dignidad humana de la persona resulta lesionada y negada. La única identidad posible que subsiste es aquella de la sumisión, del reconocimiento absoluto de la propia inexistencia frente a la fuerza.

VII. PARA CONCLUIR

Si en la medicina y en las prácticas de tratamiento se reconoce una gran relevancia a las cuestiones éticas, que no pueden dissociarse de las cuestiones técnicas y científicas, esto es tanto más relevante en el campo de la psiquiatría: la enfermedad determina, para la persona con un padecimiento mental, una restricción del espacio de libertad, y los operadores pueden poner en práctica, aunque sea en algunas situaciones bien definidas y delimitadas por la ley, prácticas momentáneas de limitación y privación de la libertad. Tanto más imprescindible es tener siempre, al mismo tiempo, ética y competencia técnica.

La contención física representa una práctica antiética, antiterapéutica e ilícita, lesiva de la dignidad y de los derechos fundamentales.

La contención es una poderosa línea divisoria que separa la práctica médica de la violación de los derechos humanos, un instrumento de cura, por un lado, y por otro, un instrumento inhumano y degradante, asimilable a la tortura.

Resulta, por lo tanto, más incomprensible que derechos universales como la libertad de movimiento y la inviolabilidad del cuerpo puedan ser negados en aquellas situaciones en las cuales la persona se presenta “debilitada” y necesita ser cuidada, atendida y, a veces, momentáneamente tutelada. Aquello que necesita ser hecho en este tipo de situaciones es, en realidad, la ampliación de los espacios de libertad y de derecho, de los que parte el proceso de cuidado de la salud. Nuestra existencia profesional se materializa únicamente en las situaciones en las cuales conseguimos mantener unidas la competencia profesional y la ética.

También se debe poner enfáticamente en evidencia que existen servicios de salud mental cuyos modelos cultural y organizativo han nacido haciendo referencia a la desinstitucionalización, que nunca han recurrido a la contención física y que no incurren en prácticas lesivas de la libertad personal.

Del mismo modo, existen departamentos que, progresivamente, a lo largo de los años, han adoptado programas, aunque hayan sido arduos y de implementación gradual, de abolición de la contención física y de apertura de puertas.

Estas experiencias, a pesar de no ser mayoritarias, tienen una fuerza testimonial que no se puede cancelar y demuestran que se puede, y debe, curar en un marco respetuoso del derecho y representando la dirección “obstinada y contraria” hacia la cual tienden las buenas prácticas.