



Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención

Formación especializada de QualityRights de la OMS

QualityRights



Generalitat
de Catalunya

Transforming services and promoting the rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities

2022, © Generalitat de Catalunya



Esta publicación es una traducción, de acuerdo con la licencia de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), del texto original de la OMS escrito en inglés.

Esta traducción no es obra de la OMS, y por tanto no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés *Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide*. Geneva: World Health Organization; 2019 es el texto auténtico y vinculante.

Edita:

Pacto Nacional de Salud Mental. Generalitat de Catalunya.

Traducción:

Servicio de Planificación Lingüística del Departament de Salut.

Primera edición:

Octubre de 2022

Índice

Agradecimientos.....	iii
Prefacio	xii
Declaraciones de apoyo.....	xiv
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?.....	xxi
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación	xxii
Sobre esta formación y orientación.....	xxiii
Orientaciones para los formadores	xxv
Nota preliminar sobre el lenguaje	xxix
Objetivos de aprendizaje, temas y recursos	xxix
Introducción	32
Tema 1. ¿Qué es la recuperación?	33
Tema 2. Definición de aislamiento y contención.....	35
Tema 3. La experiencia personal y el impacto del aislamiento y la contención	44
Tema 4. Cuestionar las presuposiciones con relación al aislamiento y la contención	51
Tema 5. Identificar las situaciones de tensión y los elementos de una respuesta eficaz.....	59
Tema 6. Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y a los signos de malestar.....	65
Tema 7. Establecer una cultura del «sí» y del «sí se puede».....	68
Tema 8. Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar	71
Tema 9. Desescalada de las situaciones de conflicto y de tensión	74
Tema 10. Equipos de respuesta	76
Tema 11. Acciones que se pueden emprender para erradicar el aislamiento y la contención	81

Referencias.....	86
Anexos.....	91
Anexo 1. Casos.....	91
Anexo 2. Citas de personas que han sufrido experiencias de aislamiento y de contención	93
Anexo 3. Elaboración de un plan individualizado.....	95
Anexo 4. Acciones personales para erradicar el aislamiento y la contención	96
Anexo 5. Cambios en el ámbito del servicio para erradicar el uso del aislamiento y la contención .	97

Agradecimientos

Conceptualización

Michelle Funk (coordinadora) y Natalie Drew Bold (responsable técnica), Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

Equipo editorial y de redacción

Michelle Funk, (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra); Marie Baudel, Universidad de Nantes, Francia.

Expertos internacionales clave

Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Yeni Rosa Damayanti, Asociación Indonesia de Salud Mental (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona

Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ante la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza).

Colaboraciones

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malasia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Red Panafricana de Personas con Discapacidad Psicosocial (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultad de Derecho de Melbourne, Universidad de Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos); Rod Astbury, Asociación de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Sam Badege, Organización Nacional de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Asociación de Concienciación sobre la Esquizofrenia (India); Anja Baumann, Acción para la Salud Mental de Alemania (Alemania); Jerome Bickenbach, Universidad de Lucerna (Suiza); Jean-Sébastien Blanc, Asociación para la Prevención de la Tortura (Suiza); Pat Bracken, consultor independiente en psiquiatría (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidad de São Paulo (Brasil); Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Kimberly Budnick, maestra de Head Start/educadora de la primera infancia (Estados Unidos); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Chauhan Ajay, Autoridad Estatal de Salud Mental, Gujarat (India); Facundo Chavez Penillas, Oficina del Alto Comisariado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Daniel Chisholm, Oficina Regional de la OMS para Europa (Dinamarca); Louise Christie, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamiento (Estados Unidos); Celine Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepez-Keay, Fundación para la Salud Mental (Reino Unido); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Gaia Montauti de Harcourt, Fondation de Harcourt (Suiza); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Laura Davidson, abogada y consultora en desarrollo (Reino Unido); Lucía de la Sierra, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYD), Universidad Protestante de Estudios Aplicados (Alemania); Paolo del Vecchio, Administración de Servicios de Salud Mental y de Drogodependencias (Estados Unidos); Manuel Desviado, Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura (España); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Alex Devine, Universidad de Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammy, Ministerio de Salud (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidad de Mansura (Egipto); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egipcia para los Derechos Humanos (Egipto); Radó Iván, Foro de Interés por la Salud Mental (Hungría); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salud Mental El-Abbassia (Egipto); Alva Finn, Mental Health Europe (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental

Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Ugnė Grigaitė, ONG Instituto de Seguimiento de Derechos Humanos y Perspectivas en Salud Mental (Lituania); Margaret Grigg, Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universidad de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bélgica); Renae Hodgson, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitales NHS Foundation Trust (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceanía (Nueva Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría (Japón); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suecia); Lucy Johnstone, consultora en psicología clínica y formadora independiente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dovilė Juodkaitė, Foro Lituano de Discapacidad (Lituania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Elizabeth Kamundia, Comité Nacional sobre Derechos Humanos (Kenia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Dirección contra el Racismo de Ontario, Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Penitenciarios (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sur); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Rishav Koirala, Universidad de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Anna Kudiyarova, Instituto Psicoanalítico para Asia Central (Kazajistán); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comité de Salud Mental (Australia); Laura Loli-Dano, Centro para las Adicciones y la Salud Mental (Canadá); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Servicios de Salud Mental de Uzima (Kenia); John McCormack, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidad de Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, Centro Colaborador de la OMS, Trieste (Italia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organización de Estados Americanos (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional de Europa de la OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Países Bajos); Sutherland Carrie, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bélgica) y SOFPSI N. SERRON (Grecia); Peter Oakes, Universidad de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Martin Orrell, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emiratos Árabes Unidos); Gareth Owen, King's College de Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Sara Pedersini, Fundación de Harcourt (Suiza); Elvira Pértega Andía, Universidad Saint-Louis (España); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaam Kar Ray, Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Mayssa Rekhis, Facultad de Medicina, Universidad El Manar de Túnez (Túnez); Julie Repper, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, King's College de Londres (Reino Unido); Annie Robb, Centro Ubuntu (Sudáfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille

Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos); Raúl Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Benedetto Saraceno, Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global (Suiza); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Austria); Tom Shakespeare, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor experto (Canadá); Frances Skerritt, especialista de iguales (Canadá); Mike Slade, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Natasa Dale, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estados Unidos); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Red Global de Iguales en Salud Mental (Sudáfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Shelly Thomson, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza); Javier Vasquez, vicepresidente, Programas de Salud, Juegos Olímpicos Especiales, Internacional (Estados Unidos); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Sección de Salud Pública, Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidad de Sao Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidenta del Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia).

Alumnos en prácticas en la OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

Sede de la OMS y oficinas regionales

Nazneen Anwar (OMS/Asia sudoriental), Florence Baingana (OMS/África), Andrea Bruni (OMS/Américas), Darryl Barrett (OMS / Pacífico Occidental), Rebecca Bosco Thomas (sede de la OMS), Claudina Cayetano (OMS/Américas), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (sede de la OMS), Fahmy Hanna (sede de la OMS), Eva Lustigova (sede de la OMS), Carmen Martinez (OMS/Américas), Maristela Monteiro (OMS/Américas), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS/Mediterráneo oriental), Steven Shongwe (OMS/África), Yutaro Setoya (OMS / Pacífico occidental), Martin Vandendyck (OMS/Pacífico occidental), Mark Van Ommeren (sede de la OMS), Edith Van't Hof (sede de la OMS) y Dévora Kestel (sede de la OMS).

Apoyo administrativo y editorial de la OMS

Patricia Robertson, Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra); David Bramley, edición (Suiza); Julia Faure (Francia), Casey Chu (Canadá) y Benjamin Funk (Suiza), diseño y apoyo.

Colaboraciones en soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones por la autorización del uso de sus vídeos en estos materiales:

50 mums, 50 kids, 1 extra chromosome

Vídeo producido por Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains, de Erminia Colucci

Vídeo producido por Movie-Ment

Chained and locked up in Somaliland

Vídeo producido por Human Rights Watch

Circles of support

Vídeo producido por Inclusion Melbourne

Decolonizing the mind: A trans-cultural dialogue on rights, inclusion and community

(International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, disability & rights – Kate Swaffer

Vídeo producido por Dementia Alliance International

Finger prints and foot prints

Vídeo producido por PROMISE Global

Forget the stigma

Vídeo producido por The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities

Vídeo producido por Human Rights Watch

Global campaign: the right to decide

Vídeo producido por Inclusion International

Human rights, ageing and dementia: challenging current practice, de Kate Swaffer

Vídeo producido por Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home

Vídeo producido por WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive health overview

Vídeo producido por Special Olympics

Independent advocacy, James' story

Vídeo producido por The Scottish Independent Advocacy Alliance

Living in the community

Vídeo producido por la Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) y Disability Rights Fund (DRF)

Living it forward

Vídeo producido por LedBetter Films

Living with mental health problems in Russia

Vídeo producido por Sky News

Love, loss and laughter – living with dementia

Vídeo producido por Fire Films

Mari Yamamoto

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013

Vídeo producido por Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels

Vídeo producido por The Open Paradigm Project/P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome

Vídeo producido por The Guardian

My story: Timothy

Vídeo producido por End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health

Vídeo producido por Rethink Mental Illness

No force first

Vídeo producido por el Mersey Care NHS Foundation Trust

No more barriers

Vídeo producido por la BC Self Advocacy Foundation

‘Not without us’ from Sam Avery & mental health peer connection

Vídeo producido por la Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

The Open Paradigm Project – Celia Brown

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas

Vídeo producido por The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / National Empowerment Center

Open Paradigm Project – Sera Davidow

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brasil 2017

Vídeo producido por L4 Filmes

Paving the way to recovery – The Personal Ombudsman System

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Peer advocacy in action

*Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contactar con info@createusmedia.com para mayor información.
Un agradecimiento especial a Rita Cronise por toda su ayuda y apoyo.*

Planning ahead – Living with younger onset dementia

Vídeo original producido por Office for the Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. Copyright de Creative: Kate Swaffer y Dementia Alliance International

Quality in social services – Understanding the convention on the rights of persons with disabilities

Vídeo producido por la Garantía de Calidad Europea en Servicios Sociales (EQUASS). Unidad de Plataforma Europea para la Rehabilitación (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). Con el apoyo financiero del Programa Europeo de Ocupación e Innovación Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animación: S. Allaeys – QUIDOS. Apoyo al contenido: Foro Europeo de la Discapacidad

Raising awareness of the reality of living with dementia

Vídeo producido por Mental Health Foundation (Reino Unido)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan

Vídeo producido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody on his experience of Ireland’s capacity legislation and mental health services

Vídeo producido por Amnistía Internacional Irlanda

Seclusion: Ashley Peacock

Vídeo producido por Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – todos los derechos reservados.

Seher, Urban Community Mental Health Program, Pune

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy

Vídeo producido por Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis – Jaakko Seikkula

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

Special Olympic athlete Victoria Smith (entrevista), ESPN, 4 de julio de 2018

Vídeo producido por Special Olympics

Discurso de Craig Mokhiber, director adjunto del secretario general de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisariado para los Derechos Humanos, pronunciado durante el evento «Time to act on global mental health – building momentum on mental health in the SDG era», mantenido con motivo de la 73.ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Vídeo producido por UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Vídeo producido por Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the stigma

Vídeo producido por Kian Madjedi, cineasta
Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención
Formación especializada de QualityRights de la OMS

The T. D. M. (Transitional Discharge Model)

Vídeo producido por LedBetter Films

This is the story of a civil rights movement

Vídeo producido por Inclusion BC

Uganda: 'Stop the abuse'

Vídeo producido por Validity, denominada previamente 'Mental disability advocacy centre (MDAC)'

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Universal declaration of human rights

Vídeo producido por la Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

What is recovery?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

What is the role of a personal assistant?

Vídeo producido por Ruils – Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self-advocacy is important

Vídeo producido por Inclusion International

Women institutionalized against their will in India

Vídeo producido por Human Rights Watch

Working together – Ivymount School and PAHO

Vídeo producido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas

You can recover (Reshma Valliappan, India)

Vídeo producido por ASHA International

Apoyo financiero

La OMS quiere expresar su agradecimiento a Grand Challenges Canada, organización financiada por el Gobierno de Canadá, al Comité de Salud Mental, al Gobierno de Australia Occidental, a CBM

Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención
Formación especializada de QualityRights de la OMS

International y al Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por su generoso apoyo financiero para desarrollar los módulos de formación de la iniciativa QualityRights.

También quiere agradecer a International Disability Alliance (IDA) el apoyo financiero que ha prestado a varios revisores de los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS.

Prefacio

Garantizar la salud mental y el bienestar se ha convertido en un imperativo a escala mundial y es un hito importante de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Desgraciadamente, nuestra respuesta en todos los países del mundo ha sido insuficiente y no hemos conseguido muchos avances en cuanto a promover la salud mental como un derecho humano fundamental.

Una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, doscientos millones tienen una discapacidad intelectual y se calcula que cincuenta millones tienen demencia. Muchas de las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad, que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad.

Aún hoy, las personas son recluidas en instituciones, donde se las aísla de la sociedad y se las margina de sus comunidades. En muchos casos, sufren abusos físicos, sexuales y emocionales, y son objeto de negligencia en los servicios sanitarios, las prisiones y la comunidad. Además, se ven privadas del derecho a decidir por sí mismas sobre la atención y el tratamiento, sobre el lugar donde quieren vivir y sobre cuestiones personales y económicas. A menudo se les deniega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoles una inclusión y una participación plenas en la vida comunitaria. A consecuencia de ello, las personas con trastorno de salud mental y discapacidad intelectual mueren entre diez y veinte años antes que la población en general, tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta.

El derecho a la salud es fundamental para la visión y la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es el eje de nuestros esfuerzos por conseguir una cobertura sanitaria universal (CSU). La base de la CSU son unos sistemas sanitarios, basados en la atención primaria, que presten unos servicios basados en la evidencia y centrados en la persona, y que respeten los valores y preferencias de los individuos.

Para hacer realidad esta visión, ahora existen catorce nuevos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la OMS. El objetivo de estos módulos es que los diferentes países puedan trasladar a la práctica las normas internacionales en materia de derechos humanos ejerciendo influencia en las políticas y desarrollando las aptitudes y los conocimientos necesarios para implantar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación. Esto permitirá prestar una atención y un apoyo de calidad, y fomentar la salud mental y el bienestar.

Estamos convencidos de que todas las personas –desde los profesionales de los servicios hasta los miembros de la comunidad– deben tener las aptitudes y los conocimientos necesarios para apoyar a cualquier persona que tenga un trastorno de salud mental o una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Esperamos que se haga un uso extensivo de estos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights, y que el abordaje que ofrecen sea la norma, y no la excepción, en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tedros Adhanom Ghebreyesus', written in a cursive style.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director general

Organización Mundial de la Salud

Declaraciones de apoyo

**Dévora Kestel, directora, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias,
Organización Mundial de la Salud, Ginebra**

En todo el mundo, cada vez se es más consciente de la importancia de la salud mental y de prestar unos servicios y apoyos centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos y que impulse la recuperación. Esta tendencia va acompañada del reconocimiento de que los sistemas de salud mental de los países de renta baja, media y alta no cumplen con sus obligaciones respecto a muchos individuos y comunidades porque ofrecen un acceso limitado y unos servicios de baja calidad, y que vulneran los derechos humanos.

Es inaceptable que las personas usuarias de los servicios de salud mental estén expuestas a unas condiciones de vida inhumanas y a unas prácticas terapéuticas perjudiciales, así como a situaciones de violencia, negligencia y abuso. Según varios informes, un buen número de servicios no satisfacen las necesidades de las personas o no les dan el apoyo necesario para poder vivir con independencia en su comunidad, por lo que la interacción con estos servicios a menudo hace que se sientan desesperadas y desempoderadas.

En el contexto más amplio de la comunidad, las personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son objeto de estigmatización, discriminación e importantes desigualdades que impregnan todos los aspectos de su vida. Se les niega la oportunidad de vivir donde quieran, de casarse, de formar una familia, de ir a la escuela, de buscar trabajo y de disfrutar de actividades de ocio.

Si queremos cambiar esta situación, debemos adoptar abordajes basados en la recuperación y en los derechos humanos. El abordaje basado en la recuperación garantiza que los servicios sitúen a las personas en el centro de la atención que necesitan. Su objetivo es apoyar a las personas para que puedan definir cómo entienden su recuperación, y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, a tener esperanza en el futuro y encontrar un sentido a la vida gracias, por ejemplo, al trabajo, a las relaciones personales, a la participación en la comunidad o a la espiritualidad.

Los abordajes basados en la recuperación y los derechos humanos tienen muchos puntos en común. Ambos fomentan derechos clave recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, tales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Ahora bien, el abordaje basado en los derechos humanos impone obligaciones a los países con el fin de que promuevan estos derechos.

Mediante estos módulos de formación y orientación, desarrollados en el marco de la iniciativa QualityRights, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado medidas contundentes para abordar estos retos y ayudar a los países a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Estas herramientas permiten realizar diversas acciones cruciales orientadas a promover la participación y la inclusión comunitaria para las personas con experiencia vivida de trastorno mental; a impulsar el entrenamiento en habilidades sociales para poner fin a la estigmatización y la discriminación, y para fomentar los derechos y la recuperación; a fortalecer el apoyo entre iguales y las organizaciones de la sociedad civil con el fin de crear relaciones de apoyo mutuo y de empoderar a las personas para que reclamen que los servicios sociales y de salud mental adopten un abordaje centrado en la persona y en los derechos humanos.

Confío en que los diferentes países utilicen estas herramientas de la Organización Mundial de la Salud para dar una respuesta global a los retos a los que deben hacer frente las personas con trastorno mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

QualityRights ofrece un nuevo abordaje de la atención en salud mental; un abordaje basado en los derechos y orientado a la recuperación.

Esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud es muy acertada. Cada vez se pone más de manifiesto que las políticas y los servicios de salud mental deben cambiar en todo el mundo. Es muy frecuente que los servicios para las personas con discapacidad psicosocial y otros trastornos mentales recurran a la coacción, la sobremedicación y la institucionalización. Esta situación es inaceptable, dado que puede seguir reforzando la estigmatización y la impotencia, tanto entre los usuarios como entre los profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las partes implicadas —desde los responsables de políticas hasta los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios de salud mental— deben disponer de conocimientos y aptitudes que les permitan gestionar el cambio de una manera efectiva, así como desarrollar servicios de salud mental sostenibles y basados en los derechos.

La iniciativa QualityRights, mediante unos módulos específicos y bien concebidos, proporciona los conocimientos y las aptitudes necesarias para conseguirlo, además de demostrar de una manera convincente que el cambio es posible y que este cambio se traducirá en una situación favorable para todas las partes. En primer lugar, las personas con discapacidad y con otros trastornos de salud mental, que quizás necesitan servicios de salud mental, estarán motivadas a utilizar unos servicios que las empoderen y que respeten sus opiniones. En segundo lugar, los profesionales de los servicios serán competentes y confiarán en la aplicación de medidas que impiden la coacción. A consecuencia de ello, se reducirán las asimetrías de poder y, a su vez, se reforzarán la confianza mutua y la alianza terapéutica.

Dejar atrás el legado de abordajes de la atención en salud mental —obsoletos y basados en asimetrías de poder, en la coacción y en la discriminación— no será un camino fácil. Ahora bien, cada vez es más obvio que es necesario un cambio a escala global —tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta— para conseguir unos servicios de salud mental basados en los derechos y en la evidencia. La iniciativa QualityRights de la OMS y sus materiales de formación y orientación son unas herramientas sumamente útiles que ayudarán y empoderarán a todas las partes interesadas que quieran avanzar en esta dirección. Recomiendo sin reservas que todos los países se sumen a la iniciativa QualityRights.

Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad, en especial las que tienen discapacidad psicosocial e intelectual, son a menudo objeto de vulneraciones de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidad debido a su deficiencia —tanto real como percibida— y otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren sistemáticamente al aislamiento y a la contención en casos de crisis emocional y malestar grave, pero también los utilizan como castigo. Las mujeres y las niñas con discapacidad psicosocial e intelectual suelen estar expuestas a la violencia y a menudo son sometidas a diversas

prácticas perjudiciales en entornos de salud mental, como la anticoncepción, el aborto y la esterilización forzosos.

En este contexto, la iniciativa QualityRights de la OMS puede proporcionar una orientación fundamental sobre cómo implantar servicios de salud mental y dar respuestas basadas en la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos, y ofrecer un camino para poner fin al ingreso hospitalario y al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y ayuda psicosociales que respeten sus derechos. Al promover el cumplimiento de los marcos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y de la Agenda 2030, los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS nos acercan a hacer valer los derechos de las personas con discapacidad.

Julian Eaton,, director Salud Mental, CBM International

El aumento del interés por la salud mental como eje de desarrollo ofrece la oportunidad de reducir las enormes diferencias existentes en cuanto a la atención y el apoyo, y de permitir que las personas puedan hacer valer, en todos los casos, su derecho a una atención sanitaria de calidad. A lo largo de la historia, los servicios de salud mental han tendido a ser muy deficientes y no han tenido en cuenta las prioridades y las opiniones de las personas usuarias.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo con los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma en relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica en materia de apoyo a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aún queda un largo camino por recorrer, pero el programa QualityRights es una herramienta fundamental para los profesionales de los servicios y los usuarios, dado que establece las directrices para llevar a cabo una reforma práctica de los servicios, con independencia del país donde estén, que valora la dignidad y el respeto.

Charlene Sunkel, directora general, Red Global de Iguales en Salud Mental

El conjunto de materiales de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud fomenta un sólido abordaje participativo. Reconoce los valores y la importancia de la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en cuanto a fomentar su recuperación, emprender actividades de promoción, llevar a cabo estudios de investigación y reducir la estigmatización y la discriminación. Las herramientas de la iniciativa QualityRights garantizan el cumplimiento de los estándares en materia de derechos humanos e implementan estrategias para acabar con las prácticas coactivas. Explican cómo las personas con experiencia vivida pueden aportar apoyo entre iguales, además de contribuir a desarrollar, diseñar, implantar, supervisar y evaluar los servicios sociales y de salud mental.

La experiencia vivida va mucho más allá de la adquisición de conocimientos y de aptitudes. La vivencia proviene de una profunda comprensión, tanto del impacto social y en materia de derechos humanos que comporta vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como también de las adversidades sufridas al sentir el rechazo, la segregación y la discriminación. Proviene de tener que luchar

para moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni el apoyo que supondría el trato de la persona como individuo único, y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema de la sociedad que pone obstáculos que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades de vida, como la educación, un puesto de trabajo, la vivienda, la salud en general y el bienestar, pueden suponer un reto igual de importante. Las perspectivas únicas y profundas de las personas con experiencias vividas pueden ser el catalizador para el cambio y la transformación de todos los sistemas de la sociedad para proteger los derechos humanos, fomentar la inclusión comunitaria, mejorar la calidad de vida y promover el empoderamiento, aspectos que en todos los casos pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar.

Kate Swaffer, presidenta, Dementia International Alliance

Ha sido un honor y un placer para Dementia Alliance International (DAI) trabajar con la iniciativa QualityRights de la OMS y sus colaboradores en un proyecto tan primordial como éste. En la práctica, se ha tendido a no tener en cuenta los derechos humanos de las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje de la salud mental, así como de la demencia, un trastorno neurodegenerativo que provoca discapacidades cognitivas. A diferencia del actual camino posdiagnóstico para la demencia, que se centra solo en los déficits y se traduce únicamente en discapacidad y en dependencia, este nuevo abordaje y estos módulos únicos y formativos fomentan los derechos, alientan a las personas con demencia y las apoyan para que puedan vivir de una forma más positiva.

Los módulos promueven la necesidad de un acceso claro a los derechos y son unas herramientas muy prácticas que todas las personas, sin excepción, pueden utilizar. En esencia, toman principios clave de los derechos humanos y hacen que sean viables en la práctica. Son tan apropiados y efectivos para los profesionales sanitarios como para las personas con demencia y sus familiares. Así, por ejemplo, al subrayar la necesidad y los beneficios del apoyo entre iguales —un servicio gratuito que la DAI ha venido ofreciendo a las personas con demencia desde 2003, incluso antes de que este apoyo se pusiera en marcha oficialmente— y al centrarse en la cuestión de la capacidad jurídica y en su pertinencia según el artículo 12 de la CDPD, estos módulos ofrecen maneras tangibles de informar mejor a los profesionales y los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se les siga denegando sus derechos. Personalmente, tengo plena confianza en que estos módulos ayudarán a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a disfrutar de una mejor calidad de vida.

Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas es un tratado pionero sobre los derechos humanos que promueve un cambio de paradigma, consistente en dejar de considerar a las personas con discapacidad como receptoras de servicios de beneficencia o de tratamiento médico para pasar a reconocerlas plenamente como sujetos de derechos. Este cambio de paradigma es especialmente significativo para las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple, o para las personas con necesidades de apoyo más intensivas. El artículo 12 de la CDPD es clave para promover este cambio, dado que reconoce que las personas con discapacidad pueden ejercer su capacidad jurídica plena. Este es el derecho humano fundamental que establece las bases para ejercer el resto de los derechos.

QualityRights es una herramienta excelente para que los especialistas y los profesionales de la salud comprendan mejor la CDPD y se adhieran a ella. Establece un puente entre las personas con discapacidad psicosocial, los usuarios y supervivientes de psiquiatría, y los servicios de salud mental y el sector sanitario, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han desarrollado en estrecha colaboración con los usuarios y supervivientes de los servicios de salud mental, vinculando sus voces a los mensajes transmitidos a los estados que forman parte de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) y sus organizaciones miembros celebran con satisfacción el trabajo realizado en el marco de la iniciativa QualityRights. Animamos firmemente a la OMS a continuar sus esfuerzos para transformar las leyes, las políticas y los sistemas de salud mental hasta que cumplan la CDPD, así como a hacerse eco de las fuertes voces que reclaman «¡Nada sobre nosotros sin nosotros!».

Connie Laurin-Bowie, directora ejecutiva, Inclusion International

La iniciativa QualityRights de la OMS pretende empoderar a los individuos, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, para que conozcan sus derechos humanos e impulsen el cambio para poder vivir con independencia en la comunidad y poder recibir el apoyo adecuado. Inclusion International celebra esta iniciativa, que pretende promover los derechos que a menudo se niegan a las personas con discapacidad intelectual; concretamente, el derecho a acceder a unos servicios de salud mental adecuados en el marco de la comunidad; el derecho a decidir; el derecho a tener una vida familiar; el derecho a vivir en la comunidad; y el derecho a ser ciudadanos activos. QualityRights es una aportación muy valiosa a nuestros esfuerzos colectivos por configurar e influir en unas políticas y prácticas que permitan la inclusión de todas las personas en sus comunidades.

Alan Rosen, catedrático, Illawarra Institute of Mental Health, Universidad de Wollongong, y Brain & Mind Centre, Universidad de Sydney, Australia

La libertad es terapéutica. Promover los derechos humanos en nuestros servicios de salud mental puede contribuir a la curación. Puede garantizar que, siempre que sea posible, una persona que viva con un trastorno de salud mental: a) conserve el derecho de elección de la asistencia y de la atención que recibe y tenga un control sobre ella, y b) reciba, si es necesario, un buen apoyo clínico y domiciliario para poder vivir en la comunidad sin trabas, en su propio terreno y de acuerdo con sus condiciones.

Después de una larga historia de defensa de los derechos humanos en el campo de la psiquiatría, estos módulos demuestran que es posible satisfacer sin contradicciones el derecho a una adecuada atención, a todos los derechos humanos y a todas las libertades fundamentales. Es necesario reducir la coacción en la atención sanitaria, como las contenciones, el aislamiento, la medicación forzosa, las unidades de hospitalización bajo llave, el aislamiento en espacios confinados e instituciones. Para que en la atención sanitaria se alcance un grado de libertad óptimo, es necesario llevar a cabo un cambio radical, como puede ser una sistematización generalizada de alternativas prácticas basadas en la evidencia para impedir la coacción; es decir, puertas abiertas, centros de relevo abiertos, un acceso libre y abierto, comunidades abiertas, mentes abiertas, conversaciones abiertas entre iguales, apoyo a la vida comunitaria, mejora de la comunicación individual y familiar, habilidades y apoyo para la resolución de problemas, documentos de voluntades anticipadas, formación en técnicas de alivio y desescalada, apoyo a la toma de decisiones, orientación a la recuperación por parte de todos los servicios y de todos los profesionales expertos, y elaboración conjunta de políticas con todas las partes interesadas.

El programa QualityRights de la OMS, basado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, consta de un conjunto de módulos muy prácticos. A nosotros,

como profesionales, estos módulos nos ofrecen una trayectoria y un horizonte hacia el que trabajar, y no una respuesta final o un límite temporal. Además de optimizar los servicios clínicos y de apoyo, nuestras acciones políticas, jurídicas y sociales con las personas usuarias de los servicios y con sus familiares deben combinarse con nuestra propia emancipación como profesionales del pensamiento institucional y de las restricciones que conllevan las prácticas habituales en la atención a la salud mental. Solo así, todos juntos, podremos mejorar significativamente las perspectivas de una vida empoderada, con sentido y enriquecedora, con ciudadanía plena y con todos los derechos, para las personas con problemas de salud mental graves, persistentes o recurrentes.

Victor Limaza, activista y formador del programa «Discapacidad y Justicia» de Documenta, A. C. (México)

La dignidad y el bienestar son conceptos estrechamente interrelacionados. Hoy en día se cuestionan los criterios mediante los cuales juzgamos el sufrimiento psicológico como si fuera solo una serie de desequilibrios neuroquímicos, así como la idea de que determinadas manifestaciones de la diversidad humana son patologías que hay que atacar para proteger a la persona y a la sociedad de supuestos peligros, aunque las intervenciones utilizadas pueden vulnerar derechos y causar daños irreversibles. La perspectiva interdisciplinaria y holística, que permite abordar el malestar subjetivo sin pisotear la dignidad ni la capacidad de decidir, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboren los nuevos modelos de atención en salud mental, respetando los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Es posible comprender la experiencia de una persona que afronta un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, de iguales), el apoyo a la toma de decisiones, la vida comunitaria y los documentos de voluntades anticipadas con salvaguardias muy estrictas. Las personas con discapacidad psicosocial son expertas en salud mental debido a su propia experiencia, y deben implicarse en el desarrollo de instrumentos que tengan la recuperación como finalidad. La iniciativa QualityRights de la OMS es un buen ejemplo de este cambio de paradigma, dado que proporciona herramientas y estrategias para la atención en salud mental con los más altos estándares en materia de respeto de los derechos humanos. No cabe duda de que el goce pleno y equitativo de todos los derechos humanos por parte de todas las personas promueve la salud mental.

Peter Yaro, director ejecutivo, Basic Needs Ghana

El conjunto de documentos de formación y orientación de la OMS es una extensa colección de materiales cuyo objetivo es mejorar el trabajo en salud mental y el desarrollo inclusivo basado en los derechos. Representan, por tanto, un paso significativo hacia una programación e inclusión eficaces de la discapacidad, en especial de la discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, en las intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades y los derechos de las personas, tal y como prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salto enorme hacia la firme recomendación de que las personas con experiencia vivida formen parte de la conceptualización e implantación de las intervenciones, así como del seguimiento y la evaluación de los logros del proyecto. Esta orientación permite garantizar la sostenibilidad de las iniciativas, por lo que se recomienda que los profesionales, los usuarios de los servicios, los cuidadores y todas las partes interesadas hagan uso de estos documentos. En el abordaje que presentan, no existe lugar para ejercer violencia ni abuso hacia personas especialmente vulnerables.

Michael Njenga, presidente, Red Panafricana para Personas con Discapacidad Psicosocial, miembro del Consejo Ejecutivo, Africa Disability Forum y consejero delegado de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, Kenia

Se está produciendo un cambio de paradigma en la forma en que debemos abordar la salud mental a escala mundial. El impulso de este cambio ha sido fruto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las herramientas y materiales de la iniciativa QualityRights de la OMS para la formación y la orientación se basan en este derecho humano internacional clave y en los instrumentos internacionales de desarrollo. Esta iniciativa adopta un enfoque basado en los derechos humanos a efectos de garantizar que los servicios de salud mental se presten en un marco de derechos humanos y sean sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental. Estos materiales también subrayan la necesidad de prestar los servicios lo más cerca posible de donde viven las personas.

El abordaje de QualityRights reconoce la importancia de respetar la dignidad inherente a cada individuo y de garantizar que todas las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental tengan voz, poder y capacidad de elección al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento esencial de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a escala mundial como local y nacional. Por consiguiente, es fundamental asegurarse de que estas herramientas de formación y materiales de orientación se utilizan ampliamente con la finalidad última de que se traduzcan en resultados tangibles en todos los ámbitos para las personas con experiencia vivida, sus familiares, las comunidades donde viven y las sociedades globalmente.

¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?



La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y del apoyo que se prestan en los servicios sociales y de salud mental y de promover los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva de todo el mundo. Adopta un enfoque participativo para conseguir los objetivos siguientes:

- 1 Crear capacidad para combatir la estigmatización y la discriminación y para promover los derechos humanos y la recuperación.
- 2 Mejorar la calidad de la atención y las condiciones de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.
- 3 Crear unos servicios basados en la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.
- 4 Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para promover e influir en la formulación de políticas.
- 5 Reformar políticas y leyes nacionales en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otras normas internacionales en materia de derechos humanos.

Más información: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación

Los módulos de formación y orientación siguientes, así como las presentaciones de diapositivas que los acompañan, son parte de la iniciativa QualityRights de la OMS y se pueden consultar en:

[https://www.who.int/publications-detail / who-qualityrights-guidance-and-training-tools](https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools)

Herramientas para la transformación de los servicios

- [Caja de herramientas de evaluación de la iniciativa QualityRights de la OMS](#)
- [La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos](#)

Herramientas de formación

Módulos básicos

- [Los derechos humanos](#)
- [La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#)
- [La recuperación y el derecho a la salud](#)
- [La capacidad jurídica y el derecho a decidir](#)
- [Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato](#)

Módulos especializados

- [El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas](#)
- [Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención](#) ←
- [Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar](#)

Herramientas de evaluación

- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación](#)
- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación](#)

Herramientas de orientación

- [Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Organizaciones de la sociedad civil para promover los derechos humanos en la salud mental y en otros ámbitos relacionados](#)
- [La defensa de la salud mental, de la discapacidad y de los derechos humanos](#)

Herramientas de autoayuda

- [Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda](#)

Sobre esta formación y orientación

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights tienen como propósito aumentar los conocimientos, las habilidades y la comprensión entre las partes interesadas clave sobre cómo promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como mejorar la calidad de los servicios y apoyos prestados en el ámbito de la salud mental y en otros ámbitos relacionados, en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos y, en particular, con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el abordaje de la recuperación.

¿A quién va dirigida esta formación y orientación?

- **A las personas con discapacidad psicosocial.**
- **A las personas con discapacidad intelectual.**
- **A las personas con discapacidad cognitiva, incluyendo demencia.**
- **A las personas que son o han sido usuarias de los servicios sociales y de salud mental.**
- **A los gestores sanitarios, de salud mental y de servicios sociales.**
- A los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas (como medicina, enfermería, psiquiatría, enfermería psiquiátrica y geriátrica, neurología, geriatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, trabajo de apoyo comunitario, asistencia personal, apoyo entre iguales y voluntariado).
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y de la salud mental o que presten servicios en este ámbito, incluyendo los servicios comunitarios y los servicios de atención domiciliaria** (como ayudantes, personal de limpieza, de cocina, de mantenimiento y administradores).
- **A las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las asociaciones y organizaciones religiosas que trabajen en el ámbito de la salud mental, de los derechos humanos o en otros ámbitos pertinentes** (como organizaciones de personas con discapacidad; organizaciones de usuarios o supervivientes de la psiquiatría y organizaciones de defensa de los derechos en salud mental).
- **A los familiares, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.**
- **A los ministerios pertinentes (de sanidad, de derechos sociales, de educación, etc.) y a los responsables de políticas.**
- **A las instituciones y servicios gubernamentales pertinentes** (como la policía, el poder judicial, el personal penitenciario, los organismos que supervisan o inspeccionan los centros de internamiento —incluidos los servicios sociales y de salud mental—, las comisiones de reforma legislativa, los consejos de personas con discapacidad y las instituciones nacionales de derechos humanos).
- **A otras organizaciones y partes interesadas pertinentes** (como defensores de los derechos en salud mental, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios, líderes comunitarios o espirituales y, si procede, curanderos tradicionales).

¿Quién debe impartir la formación?

Es conveniente que esta formación la diseñe y la imparta un equipo multidisciplinar que incluya, entre otros, personas con experiencia vivida, miembros de organizaciones de personas con discapacidad y profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental, de la discapacidad y en otros ámbitos relacionados.

Si la formación pretende abordar específicamente los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es importante contar con representantes de ese grupo como líderes de la formación. Del mismo modo, si el propósito es reforzar las capacidades en lo que respecta a los derechos de las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, los responsables de la formación también deberían pertenecer a estos grupos.

Para conseguir que los debates sean más ágiles y dinámicos, existen varias opciones, como solicitar la colaboración de formadores que tengan conocimientos específicos sobre un apartado determinado de la formación para algunos aspectos en concreto de los materiales que se quieran impartir. También puede resultar útil disponer de un equipo de formadores para secciones específicas de la formación.

Conviene que los formadores estén familiarizados con la cultura y el contexto del lugar en el que se imparta la formación. Puede que haya que llevar a cabo sesiones de formación de formadores para crear un equipo de personas que puedan impartir la formación en una cultura o un contexto determinados. Estas sesiones de formación para formadores deberían incluir personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como otras partes interesadas del territorio que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud mental y los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

¿Cómo se debe impartir esta formación?

Si es posible, conviene impartir todos los módulos de formación QualityRights, empezando por los cinco módulos principales. Después, se puede impartir una formación más exhaustiva con los módulos especializados (ver más arriba).

Toda la formación se puede completar realizando varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario completar un módulo de formación independiente en un solo día; se puede dividir en diferentes temas e impartirlo a lo largo de varios días.

Dado que los materiales de formación son bastante extensos, y que es posible que el tiempo y los recursos sean limitados, se puede adaptar la formación a los conocimientos y la experiencia del grupo, así como a los resultados que se quieran obtener.

Por tanto, la manera de utilizar y de impartir estos materiales de formación se puede adaptar a diferentes contextos y necesidades.

- Por ejemplo, si los participantes todavía no tienen experiencia en los ámbitos de salud mental, derechos humanos y recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos principales de la formación. Mirad un programa de muestra de cinco días de duración: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si los participantes ya tienen conocimientos básicos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, pero necesitan unos conocimientos más avanzados sobre cómo promover en la práctica, y específicamente, el derecho a la capacidad jurídica, se podría organizar un taller que el primer día se centrara en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir*, y después dedicar los días 2, 3 y 4 al módulo especializado *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* (o algunas secciones seleccionados de este módulo).

En cuanto a adaptar los materiales educativos según las necesidades específicas de la formación, también es importante que previamente se revisen todos los módulos que se impartirán para eliminar las repeticiones innecesarias.

- Por ejemplo, si se tiene la intención de impartir una formación que abarque todos los módulos principales, no es necesario tratar el tema 5 (que se centra en el artículo 12) ni el tema 6 (que se centra en el artículo 16), puesto que estas cuestiones se abordarán con detenimiento en los

módulos posteriores (en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*, respectivamente).

- Ahora bien, si se prevé impartir una formación introductoria basada únicamente en el módulo 2, entonces es fundamental tratar los temas 5 y 6 de este módulo, ya que los participantes no volverán a estar en contacto con estos temas y artículos.

Estos ejemplos ilustran algunas de las diferentes formas en que se pueden utilizar los materiales de formación. También existen otras posibles variaciones y cambios según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico.

Orientaciones para los formadores

Principios para impartir el programa de formación

Participación e interacción

La participación y la interacción son fundamentales para el éxito de esta formación. Hay que considerar a todos los participantes como individuos que pueden aportar conocimientos y puntos de vista valiosos. A la hora de proporcionarles tiempo y espacio suficiente, el formador debe asegurarse, en primer lugar, de que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva sean escuchadas e incluidas en la formación. La dinámica de poder en los servicios y en la sociedad en general puede causar que algunas personas sean reacias a expresar sus opiniones. En general, el formador debe subrayar la importancia de escuchar las opiniones de todos los participantes.

Puede darse el caso de que algunas personas sean tímidas o se sientan incómodas y que no expresen su opinión, lo que puede denotar una falta de inclusión o un sentimiento de inseguridad en el grupo. Los formadores deben esforzarse al máximo para involucrar a todos los participantes en la formación. Normalmente, después de que las personas hayan dado su opinión una vez y se hayan sentido escuchadas, tendrán más seguridad y estarán más dispuestas a hablar y a participar en los debates. La formación es una experiencia de aprendizaje compartida. Conviene que los formadores agradezcan todas las preguntas y que, siempre que puedan, también las respondan todas para que nadie se sienta excluido.

Sensibilidad cultural

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes y deben ser conscientes de que son muchos los factores que han configurado sus experiencias y conocimientos, como la cultura, el género, la condición de migrante o la orientación sexual.

Se recomienda utilizar un lenguaje culturalmente sensible y proporcionar ejemplos pertinentes para las personas que vivan en el país o en la región donde se esté llevando a cabo la formación. Así, por ejemplo, según el país o el contexto, es posible que las personas expresen o describan sus emociones y sus sentimientos, o que hablen de su salud mental, de distintos modos.

Además, los formadores deben asegurarse de que durante la formación no pasen por alto algunos de los problemas a los que se enfrentan determinados grupos del país o de la región (por ejemplo, las personas indígenas y otras minorías étnicas, las minorías religiosas, las mujeres, etc.). También habrá que tener en cuenta si las cuestiones abordadas provocan sentimientos de vergüenza o son tabú.

Un entorno abierto y sin prejuicios

Los debates abiertos son esenciales y todas las opiniones merecen ser escuchadas. El objetivo de la formación es trabajar juntos para encontrar formas de mejorar el respeto por los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental, y de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva dentro de la comunidad en general. Durante esta formación, es posible que algunas personas expresen opiniones y sentimientos intensos. Es importante que el formador proporcione un espacio durante la formación para que las personas puedan poner de manifiesto sus opiniones y sentimientos. Esto significa darles tiempo suficiente para hablar de sus experiencias sin interrupciones y asegurarse de que el resto de los participantes las escuchen y reaccionen de una manera adecuada y respetuosa.

No es necesario estar de acuerdo con las personas para comunicarse con ellas de manera eficaz. Cuando surja un debate, puede ser útil recordar a los participantes que todos persiguen el mismo objetivo —lograr el respeto por los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental, y en la comunidad— y que es necesario escuchar todas las voces para aprender juntos. Puede ser útil establecer algunas normas que deben seguir todos los participantes (como respeto, confidencialidad, reflexión crítica, no discriminación) y referirse a ellas siempre que sea necesario.

Es importante recordar que quizás algunas personas nunca han tenido la oportunidad de hablar libremente y en un entorno seguro (por ejemplo, las personas con experiencia vivida y sus familiares, así como algunos profesionales de la salud). Por tanto, es fundamental crear un espacio seguro que permita escuchar todas las voces.

Uso del lenguaje

Los formadores deben tener en cuenta la diversidad de los participantes. Las personas que participen en la formación tendrán unos orígenes y unos niveles educativos distintos. Conviene utilizar un lenguaje comprensible para todos los participantes (así, por ejemplo, debe evitarse usar/explicar términos médicos, legales y técnicos muy especializados, siglas, etc.) y hay que asegurarse de que todo el mundo comprende los conceptos y mensajes clave. Tanto el lenguaje como la complejidad de la formación deben adaptarse a las necesidades específicas del grupo. Por eso, es importante que los formadores hagan pausas, que pongan ejemplos cuando sea necesario y que dediquen tiempo a hacer preguntas y comentarlas con los participantes para tener la certeza de que los conceptos y los mensajes se entienden correctamente. Siempre que sea posible, los formadores deben utilizar un lenguaje que permita que parte del debate modelos de malestar no médicos y/o culturalmente específicos (por ejemplo, malestar emocional, experiencias inusuales, etc.). (1).

Ajustes razonables

Para tener la certeza de que todas las personas son incluidas en la formación, a veces será necesario adaptar la forma de comunicarse con ellas y utilizar, por ejemplo, materiales audiovisuales, adaptaciones de lectura fácil y lengua de signos, además de ayudarles a redactar algunos ejercicios o permitir que vengan acompañadas de su asistente personal.

Cómo actuar en el contexto legislativo y político actual

Durante la formación, es posible que algunos participantes expresen preocupación en relación con contexto legislativo o político de su país, porque puede que no esté en consonancia con las normas internacionales en materia de derechos humanos, incluida la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). De forma similar, es posible que algunos de los contenidos de la formación sean contrarios a la legislación o política nacional vigentes. Así, por ejemplo, las leyes que prevén ingreso hospitalario y tratamiento involuntarios contradicen el abordaje general de estos

módulos de formación. Además, puede parecer que la cuestión sobre el apoyo a la toma de decisiones entra en conflicto con la legislación nacional vigente en materia de tutela. Otra preocupación puede ser que los recursos nacionales para implantar nuevos abordajes sean escasos o inexistentes. Todo esto puede hacer que los participantes hagan preguntas sobre la responsabilidad, la seguridad, la financiación y el contexto político y social más amplio en el que viven y trabajan.

En primer lugar, los formadores deben asegurar a los participantes que los módulos no pretenden fomentar prácticas que entren en conflicto con los requisitos de la legislación o política nacional, ni que les hagan correr el riesgo de estar fuera de la ley. En los contextos en los que la legislación y la política contradigan los principios de la CDPD, es importante defender un cambio de política y una reforma legislativa. A pesar de que los estados parte de la CDPD tienen la obligación inmediata de poner fin a las vulneraciones de esta convención y de otros instrumentos internacionales de derechos humanos, es importante reconocer que la consecución del pleno respeto de los derechos de la CDPD requiere tiempo y diversas acciones en todos los ámbitos de la sociedad.

Por tanto, un marco legal y político obsoleto no debería representar ningún impedimento para que las personas actúen. Hay muchas cosas que se pueden hacer a escala individual y en el día a día para cambiar las actitudes y las prácticas dentro de los límites de la ley y para empezar a aplicar la CDPD. Así, por ejemplo, los tutores tienen un mandato oficial basado en la legislación de un país que les autoriza a tomar decisiones en nombre de otras personas, pero ello no les impide apoyarles a la hora de tomar sus propias decisiones y, en última instancia, de respetar esas decisiones.

Esta formación proporciona una orientación para tratar diversos temas que son clave para promover un abordaje basado en los derechos humanos en el marco de los servicios sociales y de salud mental. Es importante que, a lo largo de la formación, los formadores animen a los participantes a debatir cómo les afectan las medidas y estrategias fomentadas en los materiales de formación, y cómo pueden ponerlas en práctica dentro de los parámetros de los marcos políticos y normativos vigentes. Los cambios en las actitudes y en las prácticas, en combinación con una defensa efectiva de los derechos en salud mental, pueden traducirse en cambios positivos en la política y en la legislación.

Una actitud positiva y motivadora

Los formadores deben subrayar que la formación ha sido diseñada para compartir herramientas y conocimientos básicos, y estimular la reflexión para encontrar unas soluciones útiles en el contexto de los participantes. Es probable que ya existan algunas acciones positivas y que los propios participantes, u otras personas o servicios, ya las estén llevando a cabo. Se pueden utilizar estos ejemplos positivos para crear unidad y demostrar que todo el mundo puede contribuir al cambio.

Trabajo en grupo

A lo largo de los ejercicios, el formador pedirá a los participantes que trabajen en grupos. Estos grupos se pueden formar de manera flexible, según elijan los participantes, o bien al azar o en función de sus preferencias. Si algún participante no se siente cómodo en un grupo determinado, será necesario tenerlo en cuenta.

Todos los ejercicios de la formación han sido pensados para favorecer la participación y el debate, y para que los participantes puedan aportar ideas y encontrar soluciones por sí mismos. La función del formador consiste en guiar los debates y, si procede, plantear ideas o retos específicos para hacerlos más estimulantes. Si algún participante no quiere participar en algunas de las actividades de la formación, será necesario respetarlo.

Notas para los formadores

Los módulos de formación contienen notas para los formadores. Son de color **azul** e incluyen ejemplos de respuestas u otras instrucciones dirigidas exclusivamente a ellos, por cuya razón no se deben leer a los participantes.

El texto de la presentación y las preguntas y comentarios dirigidos a los participantes son de color **negro**.

Las diapositivas que acompañan a los módulos de formación están disponibles en:
<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidanceand-training-tools>

Evaluación de la formación QualityRights

Los cuestionarios de evaluación previa y posterior de QualityRights que forman parte de este paquete de formación han sido diseñados tanto para medir el impacto de la formación como para mejorarla pensando en los talleres de formación que se lleven a cabo en el futuro.

Los participantes deben cumplimentar el cuestionario de evaluación previa a la formación antes de empezar la formación. Habrá que reservar 30 minutos para realizar esta actividad.

Al final de la formación, los participantes deben cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, para lo que también dispondrán de 30 minutos.

Es necesario crear un identificador (ID) único para cada participante, con independencia de que los cuestionarios se contesten a mano o en línea. Tanto en el cuestionario de evaluación previa como en el de evaluación posterior, es necesario utilizar el mismo ID. Una forma de crear identificadores únicos consiste, por ejemplo, en utilizar el nombre del país donde se imparta la formación y añadir un número comprendido entre 1 y 25 (o el número de participantes que haya en el grupo). Así, por ejemplo, un participante podría recibir el ID único de *Yakarta12*. Se recomienda guardar los cuestionarios de evaluación previa y posterior en las carpetas de los participantes antes de que comience la formación, y comprobar que en todos los casos contienen un ID único. Así se tendrá la certeza de que cada participante ha recibido el ID único correcto. No es necesario realizar un seguimiento, ya que los cuestionarios son anónimos, pero es importante asegurarse de que cada persona tenga el mismo ID en ambos cuestionarios.

Cuando los participantes hayan terminado de cumplimentar el cuestionario de evaluación posterior a la formación, el formador iniciará un debate para que puedan expresar qué les ha parecido la formación, qué partes les han gustado y consideran que son útiles, qué partes no les han gustado y consideran que no son útiles, y cualquier otra opinión que deseen poner en común. También será un buen momento para que comenten cuáles de las acciones y estrategias abordadas durante la formación tienen la intención de poner en práctica.

Es necesario imprimir los dos cuestionarios —el de evaluación previa y el de evaluación posterior— antes de la formación. Las versiones para imprimir y repartir están disponibles en:

- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación:
<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación:
- <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

Videos de formación

Es necesario que los formadores revisen todos los videos que haya disponibles en el módulo y que elijan los que sean más adecuados para proyectar durante la formación. Los enlaces del video pueden cambiar con el paso del tiempo. Por tanto, es importante que antes de empezar la formación comprueben que los enlaces funcionan. Si un enlace no funciona, habrá uno alternativo a un video similar.

Nota preliminar sobre el lenguaje

Somos conscientes de que el lenguaje y la terminología reflejan la evolución de la conceptualización de la discapacidad y que, a lo largo del tiempo, cada persona puede utilizar términos diferentes en contextos distintos. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones que quieren utilizar para referirse a su experiencia, situación o malestar. Así, por ejemplo, en relación con el ámbito de la salud mental, algunas personas utilizan términos como *personas con diagnóstico psiquiátrico*, *personas con trastorno mental* o *con enfermedad mental*, *personas con trastorno de salud mental*, *personas consumidoras*, *personas usuarias de los servicios* o *personas supervivientes de psiquiatría*. Otros consideran que algunos o todos estos términos son estigmatizantes o utilizan otras expresiones para hacer referencia a sus emociones, experiencias o malestar. De la misma manera, para referirse a la discapacidad intelectual se emplean expresiones diferentes en contextos diferentes, como *discapacidad de aprendizaje*, *trastorno del desarrollo intelectual* o *dificultad de aprendizaje*.

El término *discapacidad psicosocial* se ha adoptado para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Los términos *discapacidad cognitiva* y *discapacidad intelectual* han sido concebidos para referirse a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado específicamente con su función cognitiva o intelectual, como, por ejemplo, la demencia y el autismo.

El uso del término *discapacidad* es importante en este contexto porque pone de manifiesto los significativos obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad —real o percibida— y el hecho de que estas están amparadas por la CDPD. El uso del término *discapacidad* en este contexto no implica que las personas tengan ninguna deficiencia ni trastorno.

También utilizamos los términos *personas usuarias* o *personas que han sido usuarias* de los servicios sociales o de salud mental para referirnos a las personas que no consideran necesariamente que tengan una discapacidad, pero que tienen diversas experiencias aplicables a esta formación.

Además, el uso en estos módulos del término *servicios sociales y de salud mental* hace referencia a un amplio abanico de servicios que actualmente se ofrecen en diferentes países, como centros de salud mental comunitarios, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales, centros de rehabilitación, curanderos tradicionales, centros de día, centros residenciales para personas mayores y otros centros colectivos, así como servicios de atención domiciliaria y servicios y apoyos que representan alternativas a los servicios sociales o de salud mental convencionales y que son prestados por una amplia gama de profesionales de la atención socio-sanitaria en los sectores público, privado y no gubernamental.

La terminología adoptada en este documento se ha seleccionado por motivos de inclusión. Es una opción individual identificarse con unas expresiones o conceptos determinados, pero los derechos humanos siguen siendo aplicables a todo el mundo, en todas partes. Por encima de todo, nunca debemos dejar que un diagnóstico o una discapacidad definan a una persona. Todos somos individuos, con un contexto social, personalidad, autonomía, sueños, objetivos, aspiraciones y relaciones con los otros que son únicos.

Objetivos de aprendizaje, temas y recursos

Durante la formación, los participantes deben:

- definir las prácticas en los servicios de salud que constituyen aislamiento y contención;
- analizar el impacto físico y psicológico del aislamiento y la contención en las personas usuarias de los servicios y en los profesionales de los servicios sociales y de salud mental;
- entender la manera en que el aislamiento y la contención violan los derechos humanos;
- entender y cuestionar los motivos para utilizar el aislamiento y la contención en los servicios sociales y de salud mental;
- proporcionar conocimientos y competencias en las diversas estrategias que se pueden poner en práctica en los servicios sociales y de salud mental para acabar con el aislamiento y la contención.

Temas

Tema 1. ¿Qué es la recuperación? (10 minutos)

Tema 2. Definir el aislamiento y la contención (2 horas y 40 minutos)

Tema 3. La experiencia personal y el impacto del aislamiento y la contención (3 horas y 30 minutos)

Tema 4. Cuestionar las presuposiciones sobre el aislamiento y la contención (1 hora y 25 minutos)

Tema 5. Identificar las situaciones de tensión y los elementos de una respuesta eficaz (1 hora y 35 minutos)

Tema 6. Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y los signos de malestar (1 hora)

Tema 7. Establecer una cultura del «sí» y del «sí se puede» (40 minutos)

Tema 8. Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar (55 minutos)

Tema 9. Desescalada de las situaciones de conflicto y de tensión (15 minutos)

Tema 10. Equipos de respuesta (1 hora)

Tema 11. Acciones que se pueden emprender para erradicar el aislamiento y la contención (2 horas y 10 minutos)

Nota: El módulo básico *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato* aborda todo un abanico de prácticas restrictivas que tienen lugar en los servicios sociales y de salud mental. El presente módulo se basa en muchas de las estrategias analizadas en el módulo básico mencionado. Igualmente, las estrategias que se exploran en el presente módulo son relevantes para poner fin a las prácticas restrictivas en general.

Recursos necesarios

- Las diapositivas que acompañan el curso «Estrategias para poner fin al aislamiento y la contención» de la formación básica QualityRights la OMS: salud mental y servicios sociales (diapositivas del curso) están disponibles en: [https://www.who.int/publicationsdetail / who-qualityrights-guidance-and-training-tools](https://www.who.int/publicationsdetail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools)
- Requisitos de la sala de formación. Para optimizar la experiencia de aprendizaje de los participantes, la sala donde se lleve a cabo la formación debe tener las siguientes características:
 - Ser lo suficientemente grande para que quepan todos los participantes, pero también suficientemente pequeña para crear un entorno que favorezca los debates libres y abiertos.
 - Contar con asientos distribuidos de tal manera que los participantes puedan sentarse en grupos (por ejemplo, la distribución que solemos encontrar en un banquete, con mesas redondas repartidas por la sala, que permita a los participantes sentarse juntos alrededor de cada una de las mesas; esta disposición presenta la ventaja adicional de

fomentar la interacción entre los participantes y, además, así ya están distribuidos en grupos para los ejercicios colectivos).

- **Ajustes razonables, según sea necesario y siempre teniendo en cuenta que garantizan a todas las personas un acceso inclusivo a la formación.**
- **Acceso a Internet en la sala para proyectar los vídeos.**
- **Altavoces para el audio de los vídeos.**
- **Una pantalla de proyección y un equipo de proyección.**
- **Uno o varios micrófonos para el formador o formadores y, además, un mínimo de tres micrófonos inalámbricos para los participantes (si puede ser, un micrófono para cada mesa).**
- **Un mínimo de dos pizarras (con hojas de papel o de otro tipo) y papel y bolígrafos.**

Además, para este módulo de formación se necesitan los siguientes recursos:

- copias del anexo 1 «Casos».
- Optativo: copias del anexo 2 «Citas de personas que han vivido experiencias de aislamiento y de contención».
- copias del anexo 3 «Elaboración de un plan individualizado».
- copias del anexo 4 «Acciones personales para erradicar el aislamiento y la contención».
- copias del anexo 5 «Cambios en el servicio para erradicar el aislamiento y la contención» para todos los participantes.

Duración

Aproximadamente 15 horas.

Número de participantes

De acuerdo con la experiencia adquirida hasta el momento, el número ideal de participantes para este taller es de 25 como máximo. Así se tiene la certeza de que todo el mundo tiene suficientes oportunidades de interactuar y expresar su opinión.

Recordatorio importante:

Como parte de este módulo puede ser necesario ofrecer a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva la oportunidad de hablar entre ellas, al margen de los profesionales de salud mental y otros ámbitos relacionados, sobre la violencia, la coacción y el maltrato que pueden haber sufrido. En este sentido, el formador debería plantear la convocatoria de una sesión previa a la formación para acoger este debate.

Durante la formación también puede ser necesario garantizar la presencia de una o dos personas más con experiencia en el tratamiento de traumas.

Para el ejercicio 3.1, opción 1: si esta opción es la seleccionada, antes de la sesión el formador deberá localizar e invitar a uno o dos oradores que puedan hablar sobre su experiencia personal de haber sufrido aislamiento o contención (ver más adelante la información sobre los temas de los que pueden hablar los oradores). Para el ejercicio 3.6, opción 1: si esta opción es la seleccionada, antes de la sesión el formador deberá localizar e invitar a un especialista o profesional sanitario que haya tenido experiencias negativas aplicando medidas de aislamiento o contención y que desee compartir su experiencia.

Introducción

El aislamiento y la contención son prácticas ampliamente prevalentes en los servicios sociales y de salud mental en todo el mundo y que pueden derivar en daños físicos y mentales. Muchos miembros del personal recurren a estas prácticas con el fin de proteger a las personas de un supuesto daño o peligro. La legislación y políticas nacionales contribuyen a implementar a escala general estas prácticas autorizando su uso, a lo que se suman una cultura en los servicios que deshumaniza a las personas usuarias e insensibiliza al personal ante el impacto de las medidas restrictivas que aplican sobre las personas.

El objetivo de esta formación en *Estrategias para poner fin al aislamiento y la contención* no es insinuar que no se den situaciones de tensión o de conflicto en los servicios, ya que es sabido que este tipo de situaciones se producen. Sin embargo, tal y como se demuestra en este módulo, el uso del aislamiento y las contenciones como respuesta a estas situaciones es completamente inadecuado, impropio, inaceptable y perjudicial.

El módulo analiza cómo las actitudes y la cultura negativa que impera en los servicios contribuyen de una manera activa a crear situaciones difíciles y ofrece a los participantes oportunidades para poner en cuestión el «saber convencional» en cuanto al aislamiento y la contención, y para entender la necesidad urgente de cambiar las prácticas en los servicios para garantizar que las personas usuarias reciban una atención y un acompañamiento que puedan considerar aceptable, eficaz y práctico.

Este módulo invita a los participantes a examinar el impacto físico y psicológico del aislamiento y la contención, y presenta a grandes rasgos por qué estas prácticas vulneran los derechos humanos. Los participantes aprenderán a poner en cuestión algunos de los argumentos que se exponen para justificar estas prácticas y adquirirán conocimientos y habilidades relativos a las estrategias y los abordajes clave que se pueden adoptar para erradicar el aislamiento y la contención.

Tema 1. ¿Qué es la recuperación?

Duración del tema

Aproximadamente 10 minutos.



Presentación 1.1. ¿Qué es la recuperación? (10 minutos)

Esta presentación aporta una breve descripción general de la recuperación para contextualizar este módulo sobre el aislamiento y la contención.

El objetivo de la presentación es definir el abordaje basado en la recuperación a fin de garantizar que todos los participantes tengan una misma idea de lo que se entiende por *recuperación* al inicio del módulo. La presentación también examina brevemente las consecuencias de un abordaje basado en la recuperación en relación con las prácticas de aislamiento y de contención. Para más información, véase el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar*.

El término *recuperación* tiene diferentes significados para diferentes personas. En general, se entiende por *recuperación* el hecho de que una persona retome el control de su identidad y de su vida, vea el futuro con esperanza y viva una vida que tenga significado para ella. A continuación, se incluyen algunas citas y definiciones relativas a la recuperación:

- «La recuperación es un viaje global y definido por uno mismo que la persona emprende para curarse y crecer. La recuperación la propician las relaciones y los entornos que proporcionan esperanza, empoderamiento, alternativas y oportunidades para fomentar que las personas alcancen su potencial como individuos y como miembros de una comunidad.» (2)
- «Lo importante en la recuperación no es si se hace uso o no de los servicios ni si se toma o no medicación. Lo importante a la hora de orientar una recuperación es preguntarse si estamos viviendo la vida que queremos vivir. ¿Estamos logrando nuestros objetivos personales? ¿Tenemos amigos? ¿Tenemos vínculos con la comunidad?» (3)
- «La recuperación tiene lugar cuando las personas pueden vivir bien en presencia o ausencia de su enfermedad mental y de las múltiples dificultades que se pueden derivar, como son el aislamiento, la pobreza, el paro y la discriminación. La recuperación no siempre implica que las personas recuperen plenamente la salud o lo que han perdido, sino que sean capaces de vivir bien a pesar de ello.» (4)

Un abordaje basado en la recuperación es relevante para todas las personas que superan retos en la vida, incluidas las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. Los servicios sociales y de salud mental orientados a la recuperación transmiten mensajes de esperanza y apoyo para superar barreras y fomentar el empoderamiento, el crecimiento personal, la inclusión y la independencia. Estos servicios respetan las decisiones de las personas y les permiten tomar las riendas de su atención y su recorrido hacia la recuperación y vivir la vida que quieren.

Es fundamental entender que los servicios orientados a la recuperación no se basan en la coacción.

Los servicios que aplican medidas restrictivas, incluidos los servicios en los que se practica la hospitalización y el tratamiento involuntarios, causan tensión y conflictos. A menudo, las personas pueden reaccionar a su situación, al trato que reciben y al entorno del servicio de una manera que el personal del servicio puede percibir, por ejemplo, como «amenazadora», «desafiante» o «desobediente». La respuesta del servicio en estas situaciones suele ser coaccionar aun más a las personas, incluso recurriendo al uso del aislamiento y/o la contención (véase el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*).

El uso del aislamiento y de la contención no es terapéutico; es incompatible con un abordaje basado en la recuperación y es contrario al objetivo de la atención a la salud. Además, adoptar un abordaje basado en la recuperación y respetar las decisiones de las personas con respecto a su atención, tratamiento, acompañamiento y demás aspectos de su vida reduce el potencial de que se produzcan situaciones de tensión y de conflicto.

Tema 2. Definir el aislamiento y la contención

Duración del tema

Aproximadamente 2 hora y 40 minutos.



Ejercicio 2.1: Significado de aislamiento y de contención (10 minutos)

Empieza con un breve debate general sobre las ideas iniciales de los participantes en cuanto al significado de los términos *aislamiento* y *contención*. El objetivo de este ejercicio es animar a los participantes a pensar de una manera crítica y creativa sobre el aislamiento y la contención, prácticas que muchas personas pueden considerar procedimientos aceptables, habituales e inevitables en los servicios. Plantea a los participantes la pregunta siguiente e invítalos a compartir qué piensan.

¿Qué entendéis por los términos *aislamiento* y *contención*?

Toma nota de las respuestas en una pizarra. No te preocupes de momento por obtener definiciones completas, ya que estos términos se definirán en la presentación siguiente.



Ejercicio 2.2: Identificar el aislamiento y la contención (15 minutos)

El objetivo de este ejercicio es analizar varias formas sutiles y explícitas de aislamiento y contención que se suelen emplear en los servicios sociales y de salud mental.

En principio, algunos de estos ejemplos pueden parecer ambiguos. Por medio del debate con los participantes, la idea es aclarar qué es el aislamiento y la contención (incluidas las formas más sutiles) y qué no. Nota: Este conjunto de ejemplos se puede modificar y adaptar en función del contexto donde se imparte la formación.

Pregunta a los participantes lo siguiente:

Las situaciones siguientes, ¿son aislamiento, contención, ambas cosas o ninguna?

1. Retener a una persona ligada a la cama con un cinturón o cadenas.
2. Mantener a una persona en una cama-jaula.
3. Atar a una persona a un árbol, cama u objeto fijo.
4. Inmovilizar a una persona.
5. Coger a alguien a la fuerza para vestirlo.
6. Obligar a una persona a ir a su habitación.
7. Retener a una persona en su habitación, con la puerta abierta, pero con la prohibición de salir.
8. Sujetar las manos a alguien para alimentarlo porque está desnutrido.
9. Atar a alguien con correas para alimentarlo con un tubo porque se niega a comer desde hace un cierto tiempo.

10. Mantener las puertas de un servicio cerradas con llave por «seguridad» o por otros motivos, incluso si las personas tienen oficialmente libertad de movimiento.
- Todas estas situaciones representan formas de aislamiento y de contención. Algunas son más sutiles que otras, pero hay que eliminarlas todas de los servicios sociales y de salud mental para garantizar la recuperación y el cumplimiento de la CDPD.
 - Algunos ejemplos (ejemplos 1-4) son casos obvios de aislamiento y de contención (utilizar camas de tipo jaula, atar a una persona a un árbol, a una cama o con un objeto fijo o retenerla con cinturones o cadenas), y seguramente los participantes no las pondrán en duda.
 - Por el contrario, los participantes pueden argumentar que algunos de estos ejemplos no se pueden considerar restrictivos o que algunas de estas prácticas son mejores que otras. Desde la perspectiva de los participantes, algunas prácticas pueden estar justificadas porque se llevan a cabo en beneficio de la persona implicada y, en consecuencia, no se pueden calificar de aislamiento o de contención (por ejemplo, sujetar, a la fuerza, las manos de alguien para alimentarlo porque está desnutrido).
 - A medida que la sesión avance, los participantes irán entendiendo que estas prácticas constituyen violaciones de los derechos humanos y son perjudiciales, que no benefician a la persona implicada y que impiden la recuperación. De hecho, todas son ejemplos de aislamiento y de contención.



Presentación: Formas de aislamiento y de contención (15 minutos)

Esta presentación tiene como objetivo definir el aislamiento y la contención y explorar las diversas formas que pueden adoptar. Permite distinguir qué constituye aislamiento y contención y qué no.

El aislamiento

- En general, el *aislamiento* se puede definir como la acción de separar a una persona del resto limitando físicamente su capacidad de salir de un espacio determinado (confinamiento). Se puede poner en práctica encerrando a una persona en un espacio concreto (como en una habitación, un cobertizo o una celda) o confinándola en un área y cerrando con llave las puertas de acceso, y prohibiéndole que salga de esta zona o amenazándola con consecuencias negativas si lo hace.

La contención física

- La contención física hace referencia a las intervenciones que se llevan a cabo con las manos o cuerpo a cuerpo sin utilizar ningún dispositivo. También se denomina *restricción física* e *inmovilización física*.
- La contención física conlleva la limitación de la movilidad de una persona (ya sea de todo el cuerpo o solo de una parte) sin la aplicación de dispositivos mecánicos, a menudo mediante la aplicación de la fuerza.
- También hace referencia al control físico de una persona, que puede implicar lucha física, como arrastrar a la persona por el suelo o inmovilizarla extendida en el suelo. A veces, se

utilizan posturas dolorosas para ejercer el control, como retorcer los brazos tras la espalda o presionar puntos de dolor.

- La contención en decúbito prono o boca abajo es una forma habitual de contención física. Se produce cuando se sujeta una persona extendida en el suelo boca abajo (prono) y se le impide moverse físicamente de esta postura. Se trata de una forma de contención especialmente peligrosa, ya que conlleva el riesgo de asfixia y de muerte súbita (5), (6, 7).

La contención mecánica

- En general, la contención mecánica hace referencia a las intervenciones que se llevan a cabo mediante el uso de dispositivos mecánicos para inmovilizar a una persona o limitar su capacidad de mover libremente una parte del cuerpo.
- Algunos dispositivos restrictivos son cinturones, cuerdas, cadenas, esposas o pañuelos atados. La contención mecánica también se lleva a cabo mediante ropa discapacitante, tales como camisas de fuerza, guantes discapacitantes o elementos de mobiliario discapacitantes, como camas de tipo jaula, camas con redes o sillas de inmovilización.
- Atar a alguien a un árbol o a otro objeto también constituye una forma de contención mecánica.

La contención farmacológica

- La contención farmacológica o contención química se define, a grandes rasgos, como la administración de medicación en contra de la voluntad de la persona, justificando que se trata de un «tratamiento necesario» o de una «medida de urgencia» para controlar la movilidad y/o el comportamiento.
- Implica el uso involuntario de un medicamento sedativo o psicoactivo. Puede incluir la administración oral o la inyección de la medicación sin el consentimiento de la persona.
- Se suele administrar en respuesta a un riesgo percibido, como una acción violenta o agresiva de la persona hacia ella misma u otras personas, o bien para controlar a las personas o para que resulten «más fáciles de manejar».
- La contención farmacológica se suele emplear como alternativa a la contención física, la contención mecánica o el aislamiento, o bien en combinación con estas prácticas. Sin embargo, la contención farmacológica es una forma de contención en ella misma y *no* es ninguna alternativa aceptable a otras formas de contención o aislamiento, aunque a menudo se considere una alternativa más positiva.

El aislamiento y la contención suelen ir acompañadas de prácticas humillantes o degradantes, como desnudar a las personas, cachearlas, etc.

Prácticas restrictivas combinadas en los servicios de atención sanitaria

- El aislamiento y la contención se suelen utilizar en paralelo; es decir: en muchos casos se contiene mecánica o físicamente a una persona para llevarla a una celda o sala de aislamiento.
- Las contenciones físicas o mecánicas a menudo se emplean en combinación con la contención farmacológica; por ejemplo, en muchos casos se inmoviliza a las personas boca abajo (contención física) para poderlas sedar.

Muchas prácticas que no constituyen estrictamente aislamiento o contención se pueden aplicar para aislar a las personas del mundo exterior en el servicio (por ejemplo, confiscar los teléfonos móviles, limitar o prohibir las visitas o limitar el acceso a internet u otros medios de comunicación). Esto puede impedir que las personas usuarias del servicio denuncien prácticas abusivas.



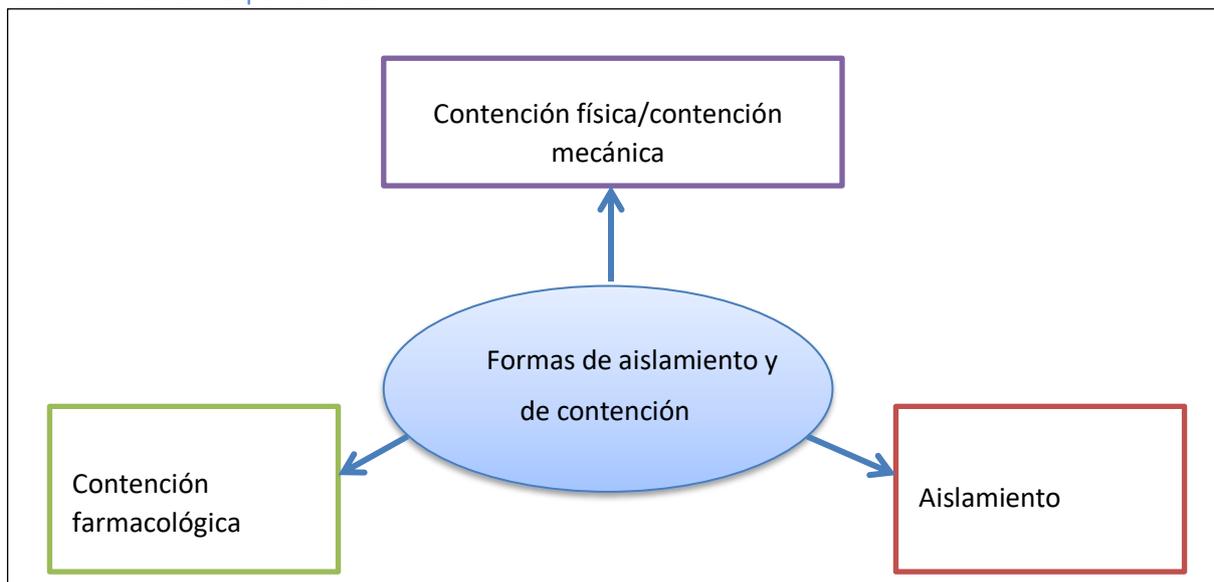
Ejercicio 2.3: Formas de aislamiento y de contención (30 minutos)

Los participantes tendrán opiniones diferentes sobre las diversas formas de aislamiento y de contención, por lo que resulta útil invitarles a identificar diferentes ejemplos de aislamiento y de contención que se practican en su servicio. Por ejemplo, se puede dar el caso de que algunos participantes no hayan considerado nunca el uso excesivo de medicación, la medicación administrada al margen de los planes de tratamiento acordados o la administración de medicación en contra de la voluntad de una persona como formas de contención.

Plantéales las preguntas siguientes:

1. ¿Qué ejemplos de aislamiento y de contención se utilizan en vuestro servicio social o de salud mental?
2. ¿Qué otros términos usáis para describir el aislamiento y la contención en vuestro servicio?

Dibuja un gráfico similar al del ejemplo siguiente y toma nota de los ejemplos de los participantes en los recuadros correspondientes.



Algunas de las posibles respuestas pueden ser, a modo de ejemplo:

Aislamiento

- Cerrar con llave a una persona en una sala.
- Meter a una persona en una habitación y mantener la puerta cerrada.

- Obligar a una persona a permanecer en su habitación, aunque sea con la puerta abierta, e impedirle que pueda moverse libremente fuera de ese espacio.
- Aislar a una persona de otras partes del servicio y/o de otros usuarios del servicio, de su familia y del personal.

Contención

Contención física/mecánica

- Cualquier método que limite la movilidad de una persona sin utilizar dispositivos mecánicos (por ejemplo, inmovilizarla boca abajo).
- Cualquier dispositivo que se aplica a una persona para limitar la movilidad (por ejemplo, atarle las manos y las muñecas).

Contención farmacológica

- Sedar a una persona para controlarla o imponerse.
- Administrar a una persona medicación (que le pueda afectar los pensamientos, el movimiento o el comportamiento) sin su consentimiento.

Nota: Los participantes pueden traer a colación algunas formas de aislamiento y de contención específicas de sus contextos culturales o nacionales y con denominaciones específicas; por ejemplo, en Indonesia, el hecho de inmovilizar a una persona recibe el nombre de *Pasung*. Y en el contexto africano, los fármacos suministrados como contención farmacológica reciben el nombre de *stoppers* o *paradores*.



Advertencia: Recuerda a los participantes que estas imágenes pueden causar malestar a algunas personas.



Ejercicio 2.4: Imágenes de aislamiento y de contención (10 minutos)

Este ejercicio está pensado para permitir a los participantes ver y debatir imágenes de varias prácticas de aislamiento y de contención de todo el mundo.

Ve mostrando las imágenes al grupo y pídeles que describan qué ven en cada imagen.

¿Veis aislamiento o contención en esta imagen? ¿De qué tipo?



Presentación: El uso del aislamiento y de la contención es una vulneración de los derechos humanos (50 minutos)

La afirmación de que el aislamiento y la contención son vulneraciones de los derechos humanos puede provocar fuertes reacciones por parte de los profesionales de la salud mental y otros ámbitos que participen en la formación. Algunos pueden opinar que estas prácticas son necesarias y están justificadas para proteger a la persona o a terceras personas de posibles riesgos. Es importante

aceptar que el personal puede emplear el aislamiento y la contención con buenas intenciones. Sin embargo, también es importante poner de relieve que estas prácticas provocan daños y que en esta formación se explorarán alternativas no perjudiciales y no restrictivas para ayudar a las personas sin hacerles daño.

El hecho de utilizar el aislamiento o la contención en personas vulnera muchos derechos humanos. Por ejemplo:

- el derecho a la libertad y a la seguridad
- el derecho a la vida
- el derecho a la capacidad jurídica
- el derecho a la protección frente a la violencia y el maltrato
- el derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes
- el derecho a la integridad personal
- el derecho a la intimidad

Estos derechos están protegidos por múltiples instrumentos de derechos humanos, tales como:

- La Declaración Universal sobre Derechos Humanos
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- La Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de los niños (CDI)
- La Convención de las Naciones Unidas para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD).
- El relator especial sobre tortura de la ONU ha exigido «la prohibición absoluta de las contenciones y el aislamiento» (8). Ha declarado que la imposición de un aislamiento «de cualquier duración a personas con discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano y degradante». (9)

Para ilustrar las presentaciones previas, muestra a los participantes el vídeo siguiente sobre una persona que ha vivido aislada en una habitación durante los últimos cinco años.

Attitude Live: Seclusion (29:10) <https://youtu.be/OjOXo9W68qQ> [consulta: 9 de abril de 2019].

Al finalizar el vídeo, da a los participantes la oportunidad de mantener un debate abierto sobre lo que han visto. Tras el debate, el formador puede proponer a los participantes hacer una pausa.



Presentación: ¿Cuándo y por qué se emplean el aislamiento y la contención? (30 minutos)

Los profesionales de la salud mental y de otros ámbitos pueden recurrir al aislamiento y a la contención por diversos motivos. En muchos casos, no pretenden hacer un uso abusivo de la fuerza ni ser violentos, pero hay varias razones que los pueden llevar a usar estas prácticas. Por ejemplo, la legislación o la política nacional les pueden permitir emplear el aislamiento y la contención para proteger a las personas de un supuesto riesgo o peligro, y una cultura de los servicios poco saludable (se puede encontrar más información sobre la cultura de los servicios en la *Guía para la mejora y la transformación de los servicios*) o la falta de conocimientos, de formación y de recursos también pueden contribuir.

Pregunta a los participantes:

¿Por qué pensáis que el aislamiento y la contención son prácticas habituales?

Algunas respuestas pueden ser:

- Para evitar que alguien se haga daño a sí mismo o a otras personas.
- Porque no hay suficientes métodos alternativos o no hay tiempo o recursos para ponerlos en práctica.
- Debido al estigma y el prejuicio hacia las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.
- Debido a la falta de educación y formación del personal.
- Porque la legislación en materia de salud mental recomienda utilizarlas.

Informa a los participantes que en esta presentación se explorarán estos factores.

Los profesionales de la salud mental y la atención social alegan que emplean el aislamiento y la contención por motivos muy diversos:

- **Para evitar lesiones o situaciones de peligro (reales o percibidas).**
- Para evitar que las personas se hagan daño o para garantizar su seguridad (por ejemplo, en respuesta a intentos de autolesión o de suicidio).
- Para evitar que las personas hagan daño a otras personas: el personal de los servicios suele percibir que las situaciones perjudiciales o peligrosas plantean un dilema entre la necesidad de intervenir mediante la fuerza o no actuar al respecto. Normalmente, no ven una tercera opción.
- La eliminación de las prácticas de aislamiento y la contención no quiere decir que el personal no deba adoptar medidas para impedir que alguien se haga daño a sí mismo o a otras personas. Se pueden producir situaciones que requieran una reacción inmediata para evitar que alguien se haga daño o para salvarle la vida. Sin embargo, cualquier reacción en este sentido se debe adoptar de igual forma que se adoptaría con una persona sin ninguna discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

En este punto, al formador le puede interesar debatir algunos ejemplos con los participantes (por ejemplo, impedir que alguien salte de un puente, inmovilizar a alguien para evitar que pegue a otra

persona). El objetivo es dejar clara la distinción entre estas situaciones y el aislamiento y la contención.

- Además, es importante que el personal del servicio reconozca que no lo puede tener todo controlado. A veces, la preocupación por el bienestar de las personas usuarias del servicio puede hacer que el personal actúe de un modo extremadamente restrictivo o coercitivo y, en última instancia, perjudicial y contraproducente.
- **A causa de políticas, prácticas o recursos inadecuados en los servicios**
 - Las políticas relacionadas con los servicios a menudo permiten el uso del aislamiento y de la contención. Estas prácticas se pueden considerar procedimientos estándar porque nunca se han cuestionado o porque las personas se sienten incapaces de cambiarlas en su práctica.
 - La falta de personal o recursos en algunos servicios sociales y de salud mental puede llevar al personal a recurrir al aislamiento y/o a la contención para intentar gestionar el servicio.
 - El personal del servicio se ve forzado a utilizar el aislamiento y la contención para aplicar los rígidos procedimientos, calendarios y normas del servicio.
 - Los recursos para ayudar a las personas usuarias del servicio o para supervisar el funcionamiento del servicio pueden ser inadecuados.
 - Una cultura de servicios negativa puede deshumanizar a las personas usuarias del servicio e insensibilizar al personal hasta el punto en que no las vean como seres humanos merecedores de respeto.
- **Debido a unas capacidades o unos conocimientos inadecuados del personal**
 - A veces, estas prácticas se utilizan como respuesta automática a una situación tensa o conflictiva.
 - El personal puede carecer de formación en estrategias alternativas para responder a las situaciones de tensión o para proporcionar apoyo a personas muy alteradas. En consecuencia, no dispone de las habilidades y las herramientas necesarias que le permitirían desplegar técnicas no restrictivas y alternativas creativas a la hora de proporcionar atención y acompañamiento a las personas usuarias del servicio.
 - Algunas personas tienen la creencia errónea de que el aislamiento y la contención funcionan como tratamiento terapéutico.
- **Debido a ideas falsas o suposiciones sobre la discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva**
 - Como reacción automática a una persona que se supone que tiene una enfermedad o está diagnosticada porque se sospecha o se percibe que se puede hacer daño a sí misma o a otras personas, o bien que es ingobernable.
 - Prejuicios y actitudes discriminatorias hacia determinados grupos de personas usuarias de los servicios que se pueden considerar grupos «problemáticos» (como los jóvenes, personas de grupos minoritarios, los hombres, los drogodependientes, etc.) y la presunción de que pueden tener intenciones violentas o peligrosas.
- **Por miedo al riesgo y a la responsabilidad del servicio/personal**

- A menudo se aplican métodos de aislamiento y de contención como primer recurso para que sus resultados se perciban como «seguros» en comparación con otros abordajes.
 - A veces, al personal le preocupa que se le considere responsable si se produce un incidente (por ejemplo, si alguien resulta herido) cuando no se han aplicado técnicas de aislamiento y de contención. Esto les incita a usar prácticas restrictivas.
- **Para controlar**
 - Para controlar o mantener el orden en el entorno del servicio gestionando con firmeza las acciones o comportamientos desobedientes. De hecho, muchos servicios tienden a poner un énfasis excesivo en la necesidad de mantener un entorno ordenado, en detrimento de proporcionar una atención personalizada. En muchos de estos servicios, medican en exceso, sedan o inmovilizan a las personas usuarias de manera rutinaria para asegurarse de que sean más «fáciles de manejar» y «controlar».
 - Para coaccionar o forzar a las personas usuarias de los servicios a comportarse o actuar de una manera determinada.
 - Parte del personal del servicio puede considerar el uso del aislamiento y la contención como medios necesarios para establecer límites con el fin de dejar clara su autoridad y de «controlar el comportamiento» desde el principio de su interacción con las personas usuarias del servicio.
- **Por comodidad**
 - En muchos casos, el personal del servicio percibe que es más fácil y rápido utilizar métodos restrictivos, como el aislamiento y la contención, que otros métodos no restrictivos para responder a situaciones de tensión o para apoyar a personas muy alteradas. En especial, esto se puede producir cuando los servicios no tienen suficiente personal.
- **Para castigar**
 - Como forma de castigo para las personas que se niegan a seguir las normas.
 - A veces, el personal no percibe el uso del aislamiento y la contención como un castigo, sino como una consecuencia necesaria de determinadas acciones o conductas de las personas usuarias de los servicios.

Tema 3. La experiencia personal y el impacto del aislamiento y la contención

Duración del tema

Aproximadamente 3 horas y 35 minutos.



Ejercicio 3.1: La experiencia personal de aislamiento y contención (1 hora)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a entender que el aislamiento y la contención son acontecimientos violentos adversos que pueden causar daños mentales, emocionales y físicos. Es importante fomentar que las personas que no han sufrido personalmente estas prácticas intenten entender la perspectiva de quien ha sido sometido.

El formador puede optar por una de las opciones siguientes o bien combinarlas para hacer un ejercicio más global.

Nota: La manera más potente para entender la experiencia personal del aislamiento y la contención es escuchar directamente a personas que hayan sido sometidas. Por lo tanto, se recomienda priorizar la opción 1 en este ejercicio.

Opción 1: El formador debería localizar a uno o dos oradores que hayan vivido la experiencia del aislamiento y la contención en los servicios sociales o de salud mental e invitarles a compartir su historia con el grupo. Conviene que el formador oriente a los oradores a describir no solo qué pasó, sino también cómo ocurrió. Los oradores deberían explicar cómo les afectó esta vivencia negativa, tanto desde el punto de vista emocional como físico, además de exponer sus ideas sobre cómo se podría haber prevenido el uso del aislamiento y la contención en su situación. **Antes de la sesión, el formador deberá encontrar oradores con estas características y organizar la participación** (al inicio de este módulo se dan más instrucciones para la organización).

Opción 2: El formador distribuye un folleto con citas de personas que han vivido experiencias de aislamiento y de contención (véase el **anexo 2**) e invita a los participantes a analizar los sentimientos y las vivencias de estas personas con respecto a la aplicación de estas prácticas.

Después de escuchar o leer las vivencias personales de aislamiento y de contención, pregunta a los participantes:

- ¿Qué pensáis y sentís sobre lo que acabáis de escuchar y/o leer?
- ¿Cómo creéis que se pueden sentir las personas cuando se las somete a aislamiento o contención? ¿Qué podéis decir del impacto emocional y físico del aislamiento y la contención?
- ¿A alguien le gustaría comentar qué habría hecho de manera diferente en estas situaciones?



Presentación: El impacto psicológico del aislamiento y la contención en las personas usuarias de los servicios (20 minutos)

Hay evidencia de la relación entre el uso del aislamiento y de la contención, y de numerosos impactos y resultados adversos (10), (11), (12):

Impacto en el bienestar psicológico y emocional

- La imposición forzosa de la voluntad de otra persona por encima de la propia, junto con la pérdida de control sobre el propio cuerpo y el entorno, generan emociones muy negativas y tienen un profundo impacto psicológico y traumático en las personas.
- Muchas personas tienen sensaciones de pérdida de la dignidad y el respeto, degradación, desmoralización, rechazo, humillación, miedo, malestar, ansiedad, desempoderamiento, pérdida de la autoestima y la seguridad en ellas mismas, indefensión, desesperanza, soledad, desesperación, frustración, pena profunda, cólera, agresividad, destructividad, desconfianza, rechazo y resistencia.
- Las personas también pueden sentir disociación del yo y la sensación de estar fuera de su propio cuerpo.
- El aislamiento y la contención pueden causar traumas y tener repercusiones a largo plazo en la vida de una persona (relaciones, trabajo, etc.).
- Cuando se recluye o se inmoviliza a una persona, la falta de poder, control e intimidad derivadas pueden llevarla a adoptar conductas que los profesionales de la salud mental interpretan como síntomas de una enfermedad mental.
- El aislamiento y la contención pueden volver a traumatizar a personas con un historial de abusos sexuales o de maltrato físico o con traumas psicológicos pasados (13). Las personas usuarias de los servicios que son testigos de prácticas de aislamiento o de contención hacia otras personas también pueden sufrir impactos psicológicos, tales como miedo, angustia, indefensión, trauma, retraumatización, etc.
- Pueden potenciar las conductas autolesivas y las autoagresiones, incluidas la automutilación y los intentos de suicidio.
- Además, cuando se comunica a los familiares u a otras personas implicadas en la atención de una persona que ha sido recluida o contenida, pueden tener sentimientos de culpa y de incapacidad para ayudar.

Impacto en la recuperación (14)

- El aislamiento y la contención son antiterapéuticos e impiden la recuperación de las personas. Algunos estudios han demostrado que las medidas restrictivas, y en concreto el uso del aislamiento, se asocian a una estancia más prolongada de personas en los servicios (15).
- Deterioran los vínculos terapéuticos y son responsables del truncamiento de la relación entre las personas usuarias de los servicios y el personal de atención sanitaria.

Es importante entender que el ingreso involuntario en los servicios sociales y de salud mental puede causar el mismo tipo de daño psicológico que el aislamiento y la contención, tal como se describe

más arriba. (Para más información sobre este tema, véase el módulo de formación *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*.)

En este punto, muestra uno de los vídeos siguientes, o los dos, a los participantes:

1. Vídeo «I couldn't move. I couldn't breathe (52 segundos)»: <http://www.bbc.com/news/ukengland-37427665> [consulta 19 enero de 2017]. Este vídeo trata sobre el uso de la contención boca abajo.
2. Uganda: «Stop the abuse» https://youtu.be/slr_SvB1uyU (5:07) [consulta: 9 de abril de 2019]. Este vídeo muestra la práctica del aislamiento, la contención y abusos asociados en Uganda.



Ejercicio 3.2: Impacto psicológico del uso del aislamiento y la contención (30 minutos)

El objetivo de este ejercicio es poner de relieve el grave impacto psicológico que el uso de la coacción tiene en las personas que sufren estas prácticas.

Explica a los participantes lo siguiente:

Este vídeo explica la experiencia de Naomi Jones, usuaria de servicios en el Reino Unido. Aunque el vídeo se registró en el Reino Unido, es importante entender que en todo el mundo se aplican prácticas de aislamiento y de contención, tanto en países con rentas altas como medias y bajas. Sin embargo, al margen del contexto, el trauma psicológico y el impacto en las personas son lo más importante.

Este vídeo debería comenzar en el minuto 10:27:

Vídeo – ‘Road so far’: <https://youtu.be/j405vpdjeUU?t=627> [consulta: 9 de abril de 2019].

(Más adelante, en el ejercicio 3.6, se mostrará un vídeo para explorar el impacto desde el punto de vista del personal del servicio).

Pregunta a los participantes lo siguiente:

¿Qué pensáis de la experiencia de Naomi? ¿Cuáles son algunos de los términos, emociones y sentimientos que Naomi describe como parte de su experiencia?

Invita a los participantes a debatir sobre el testimonio de Naomi.

Toma nota en la pizarra de los diversos términos que Naomi ha utilizado para describir su experiencia.

- Entre los términos que describen la experiencia del aislamiento de Naomi figuran: miedo, confusión, desorientación, trauma, humillación, cólera, frustración, aumento de la angustia, sensación de castigo y soledad.

- No se sintió ayudada, reconfortada ni se le dio apoyo y tuvo la sensación de que se dificultaba su recuperación.
- Naomi también describe sentimientos de trauma y miedo, que continuaron semanas después del incidente.



Presentación: El impacto físico del aislamiento y la contención en las personas usuarias de los servicios (7, 14, 16 a 22) (20 minutos)

Las contenciones físicas implican una lucha cuerpo a cuerpo que puede conducir a lesiones físicas tales como:

- moratones
- fracturas óseas
- atrofia muscular
- pérdida de dientes
- lesiones en la cabeza
- coma
- asfixia (las personas inmovilizadas boca arriba corren el riesgo de ahogarse con comida regurgitada, líquido o saliva)

Las contenciones mecánicas pueden provocar que las personas entren en pánico y se ahoguen con la saliva o sufran estrangulación durante la contención. Debido a su situación de alta dependencia, estas personas corren, además, un riesgo más elevado de:

- Deshidratación: las personas se pueden deshidratar gravemente durante las contenciones o durante una pelea cuando se aplican medidas restrictivas.
- Problemas circulatorios y cutáneos: la presión en la piel provocada por fuertes contenciones e inmovilizaciones puede interferir en la circulación sanguínea. Puede producir un deterioro en la piel y úlceras por presión. También puede provocar gangrena, que es la muerte de tejido blando por falta de oxígeno cuando se produce una alteración grave de la circulación en las extremidades superiores o inferiores.
- Atrofia muscular.

La contención farmacológica puede provocar dolor debido a la inyección de medicación.

Además, se puede forzar a una persona a sentir los efectos negativos de la medicación, los cuales, en función del medicamento, son, entre otros:

- Problemas musculares, incluidos espasmos, rigidez, movimientos lentos o espasmódicos, temblor y agitación incontrolable (acatisia).
- Efectos cardíacos, baja presión arterial, aturdimiento y desmayos.
- Boca seca, visión borrosa, estreñimiento, alucinaciones, dificultad para memorizar y dificultad para orinar.
- Descenso del umbral en que se pueden producir crisis.

- Síndrome neuroléptico maligno: una enfermedad potencialmente mortal caracterizada por rigidez, fiebre, aumento de la frecuencia cardíaca y un descenso o aumento significativo de la presión arterial (23).
- Ralentización y entorpecimiento de los procesos de pensamiento, apatía, falta de motivación para hacer algo e indiferencia emocional (24).

El aislamiento puede provocar que una persona entre en pánico o acabe lesionada. Puede requerir atención médica inmediata y puede no ser atendida o escuchada a tiempo, lo cual puede derivar en alteraciones permanentes. La persona también sufre riesgo de deshidratación o colapso cardiovascular.

Cuando se combinan diversas formas de aislamiento y/o de contención, se multiplican los riesgos para la salud de la persona.

Todas las formas de aislamiento y de contención pueden conllevar la muerte (25), (17), (7).

- Los estudios han demostrado que entre las causas de muerte por contención y aislamiento están, entre otras, la asfixia, complicaciones cardíacas, sobredosis o interacción medicamentosa, contusión, estrangulación o ahogamiento, inhalación de fuego o humo y aspiración.
- El aislamiento y la contención también pone a las personas en riesgo porque obstaculizan su capacidad de huir durante las emergencias (por ejemplo, en caso de incendio).
- Una revisión de la literatura científica sobre el impacto adverso de la contención mecánica demostró que el uso de determinadas contenciones físicas o mecánicas es especialmente peligroso debido a que limitan la función respiratoria (26).
- La contención farmacológica puede interactuar o interferir con otras medicaciones y poner a la persona en riesgo de sobremedicación y muerte súbita (27).
- Casi no se dispone de datos recientes sobre el número de muertes relacionadas con el aislamiento o la contención. Sin embargo, una investigación llevada a cabo en 50 estados de Estados Unidos estimó que entre 50 y 150 personas mueren cada año en los servicios de salud mental y residencias como resultado directo de la adopción de medidas restrictivas (28).



Presentación: Impacto drástico del uso del aislamiento y la contención (5 minutos)

El uso del aislamiento y de la contención se ha asociado con muertes a gran escala de personas usuarias de los servicios de emergencias. La incapacidad de las personas de moverse o abandonar el edificio durante un incendio conlleva que se queden atrapadas y no puedan escapar.

Más abajo se dan dos ejemplos del inmenso número de víctimas que se podrían haber evitado si no se hubieran aplicado métodos de contención sobre las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Invita a los participantes a compartir otros ejemplos que conozcan.

- Incendio en Erwadi (29)
 - 6 de agosto de 2001

- Ramanathapuram, Tamil Nadu, India
 - Al menos 25 víctimas mortales
 - Cuando se prendió fuego, todos los usuarios del servicio murieron quemados vivos porque estaban atados con cadenas.
- Incendio en Ramensky, Moscú (30)
 - ○ 26 de abril de 2013
 - Ramensky, Rusia
 - 38 víctimas mortales
 - Un incendio en plena noche acabó con la vida de las personas usuarias del servicio, que se supone que habían sido inmovilizadas físicamente y farmacológicamente en unas instalaciones cerradas con llave.



Ejercicio 3.3: Impacto psicológico del uso del aislamiento y la contención en el personal de los servicios (40 minutos)

El objetivo de este ejercicio es fomentar que los participantes piensen en el impacto negativo de utilizar el aislamiento y la contención.

Hay dos opciones para este ejercicio. La opción preferente es la opción 1.

Opción 1

Antes de la sesión, el formador debería localizar a un profesional que se sienta cómodo explicando experiencias negativas relacionadas con el uso del aislamiento y la contención (incluyendo el encadenamiento, la administración forzosa de medicación, etc.) e invitarlo a compartir sus vivencias con el grupo.

Una vez el orador haya expuesto sus experiencias negativas de la aplicación del aislamiento o la contención, el formador puede, mediante una serie de preguntas y respuestas, orientarlo para que explique:

- El contexto de la situación que condujo al uso del aislamiento o la contención.
- El impacto de administrar el aislamiento y la contención, incluyendo las emociones y la incomodidad.
- El impacto negativo que pueden haber tenido esas prácticas en la relación terapéutica con las personas usuarias de los servicios.
- Qué se podría haber hecho de otra manera para cambiar el curso de los acontecimientos y evitar el uso del aislamiento y la contención.

Ofrece a los participantes la oportunidad de hacer preguntas al orador relacionadas con su exposición..

Opción 2

Si no ha sido posible encontrar un orador antes de la sesión, proyecta este vídeo de 11 minutos sobre la experiencia de un psiquiatra que fue atacado por una persona que temía que le aplicaran prácticas restrictivas.

Fingerprints and footprints (11:07): <https://youtu.be/X8T2NEfUb3s> [consulta: 9 de abril de 2019]

A continuación, invita a los participantes a compartir su opinión sobre el vídeo. Pregunta a los participantes:

- ¿Qué pensáis de esta experiencia?
¿Cuáles son algunos de los términos, emociones y sentimientos que el orador utiliza para describir su experiencia?
- ¿Cuáles son algunos de los impactos en la persona que sufrió la medida restrictiva? ¿Y en la relación terapéutica?
- ¿Qué se podría haber hecho de otra manera para cambiar el curso de los acontecimientos y evitar que esta situación se produjera?



Presentación: El impacto del aislamiento y la contención en los profesionales de la salud mental y de los servicios relacionados (10 minutos)

El uso de la contención o del aislamiento también puede tener un impacto negativo en los profesionales de la salud.

- Los datos indican que el uso de métodos restrictivos está vinculado con lesiones físicas del personal. Por ejemplo, un estudio atribuía al menos el 50% de las lesiones del personal de salud mental al uso del aislamiento y la contención (31), (14).
- Los profesionales de la salud mental y otros ámbitos relacionados que utilizan medidas restrictivas como el aislamiento y la contención también pueden sufrir traumas (32), (10).
- El uso de la fuerza y la contención alimentan el resentimiento, la culpa, la frustración y la pérdida de confianza entre las personas usuarias de los servicios y el personal, lo cual tiene un impacto negativo en las relaciones terapéuticas (33).
- El personal de los servicios puede tener conflictos morales entre su deseo de, por un lado, proporcionar una atención y un acompañamiento adecuados a las personas (lo cual, en muchos casos, es el motivo principal por el que eligieron su profesión) y, por otro, verse forzados a actuar de una manera coactiva e intimidadora hacia personas a quienes quieren ayudar.
- El uso de estas prácticas también puede derivar en demandas civiles o penales contra los servicios y/o el personal, por ejemplo, por hacer un uso abusivo de la fuerza, por mala praxis médica o por lesiones provocadas por desprotección y por incapacidad de proporcionar un entorno saludable para los usuarios del servicio (34).
- A pesar de la idea equivocada de que el uso del aislamiento y la contención es rentable, esta afirmación no está demostrada con datos derivados de ninguna investigación.

- El uso del aislamiento y la contención incrementa los gastos vinculados al tiempo de dedicación del personal, al aumento de la supervisión, al uso de sedantes y tranquilizantes, así como a seguros, investigaciones, interrupción de los servicios, litigios y lesiones (14), (35).

Tema 4. Cuestionar las presuposiciones con relación al aislamiento y la contención

Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 25 minutos.



Presentación: Cuestionar las presuposiciones sobre el aislamiento y la contención (32) (20 minutos)

¿Cuáles son las presuposiciones que hay que cuestionarse en relación con el aislamiento y la contención?

- 1. Presuposición 1: El aislamiento y la contención se pueden aplicar en beneficio terapéutico de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud mental.**
 - No hay ninguna evidencia basada en ninguna investigación que avale la idea de que el aislamiento o la contención sean terapéuticas. Al contrario, tal y como se ha visto previamente, la evidencia indica que estas prácticas pueden ser lesivas para el bienestar físico y mental de cualquier persona.
- 2. Presuposición 2: El aislamiento y la contención garantizan la seguridad de las personas.**
 - El aislamiento y la contención provocan lesiones físicas, emocionales y mentales.
 - Tal y como hemos visto, a veces las contenciones provocan lesiones físicas, tales como fracturas óseas e incluso la muerte. Además, el impacto psicológico y el trauma derivados del aislamiento y la contención pueden ser profundos y de larga duración.
 - Los estudios que evalúan el impacto del «Programa de reducción del uso del aislamiento y la contención en Pensilvania» (Estados Unidos) han demostrado que reducir significativamente el uso de estas prácticas en los hospitales psiquiátricos públicos no conllevó un aumento de las agresiones al personal, sino que, en algunos casos, incluso se redujeron (36), (37). Otros estudios también indican que la reducción del uso de medidas restrictivas está vinculada a menos lesiones del personal (38).
- 3. Presuposición 3: El aislamiento y la contención evitan comportamientos violentos.**
 - La evidencia demuestra que el aislamiento y la contención pueden empeorar los sentimientos de frustración y cólera, lo cual da lugar a conductas más lesivas.
 - En efecto, las personas que ya han sufrido medidas restrictivas como el aislamiento y la contención, y los sentimientos que se asocian como la pérdida del control, el miedo y la humillación, pueden tener la sensación de que les quedan muy pocas

opciones, salvo defenderse, incluso con violencia, de una nueva intervención restrictiva. «Si queremos que la gente deje de comportarse violentamente, tal vez deberíamos dejar de tratarla violentamente» (39).

- Las personas usuarias de los servicios suelen ver el aislamiento y la contención como un castigo disciplinario (por ejemplo, por no hacer lo que les ordenan, como no querer tomarse la medicación), lo cual puede incrementar la sensación de frustración hacia los profesionales de la salud mental y otros ámbitos relacionados, así como para otras personas. El uso de estas prácticas también consolida una cultura del «nosotros / ellos» (14).

4. **Presuposición 4: El personal está capacitado para identificar con precisión las situaciones potencialmente violentas.**

- La creencia de que es posible predecir conductas y situaciones potencialmente violentas con precisión es otra de las razones por las que los profesionales recurren al uso del aislamiento y la contención.
- Pero predecir la violencia y posibles riesgos futuros con precisión es extremadamente difícil.
- A menudo el personal no es capaz de diferenciar entre un comportamiento imprevisible/inesperado y un comportamiento de riesgo/peligroso. Además, el personal también suele asociar el malestar con la agresión.
- La incertidumbre sobre qué riesgo de daños o violencia hacia uno mismo u otras personas pueden anticipar los profesionales ha dado lugar a una cultura de prácticas excesivamente defensivas y a un aumento de las prácticas restrictivas (40), (41).

5. **Presuposición 5: Las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no están capacitadas para decidir por sí mismas.**

- Existe la idea equivocada de que las personas con discapacidad psicosocial están gobernadas por sus psicosis y/o alucinaciones, lo que las hace violentas, imprevisibles e irracionales.
- Hay una evidencia sólida que demuestra que esas personas no son más violentas que el resto de la población y que, de hecho, tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia que agresoras (42), (43), (44), (45).

6. **Presuposición 6: Hay circunstancias en que no es posible evitar el uso del aislamiento y de la contención.**

Es una de las asunciones clave sobre el aislamiento y la contención. Lo analizaremos con más detalle en el ejercicio siguiente.



Ejercicio 4.1: Cuestionamos la idea de que, en circunstancias excepcionales, hay razones válidas para utilizar el aislamiento y la contención (25 minutos)

La idea de que hay circunstancias excepcionales en que es necesario aplicar el aislamiento y la contención es una de las más espinosas en relación con los esfuerzos para reducir el uso de estas prácticas en los servicios sociales y de salud mental. El formador debe prepararse para debatirla exhaustivamente con el grupo.

Algunos participantes pueden expresar la opinión de que, a veces, no es posible evitar el uso del aislamiento o la contención. Por ejemplo, algunos participantes pueden argumentar que, si alguien

actúa de una manera peligrosa y violenta, puede ser inevitable recurrir al aislamiento o a la contención para evitar que se haga daño a sí mismo o a terceras personas. El ejercicio siguiente tiene como objetivo desmentir esta idea errónea.

Muestra a los participantes la afirmación o idea errónea siguiente:

Hay circunstancias en que el uso del aislamiento y la contención es inevitable.

Haz las preguntas siguientes a los participantes e invita a debatir sus respuestas directamente entre ellos:

1. ¿Estáis de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación? ¿Por qué?
2. ¿En qué circunstancias creéis que el aislamiento y la contención son inevitables?

Puedes tomar nota de las ideas en la pizarra.

Algunas de las circunstancias para avalar esta afirmación que pueden plantear los participantes incluyen (a modo de ejemplo):

- Cuando las personas usuarias de los servicios actúan de una manera agresiva o amenazan con violencia al personal o a otras personas del servicio.
- Cuando las personas usuarias del servicio requieren atención hospitalaria y tratamiento inmediato porque su vida corre peligro (por ejemplo, inyectar insulina a una persona que requiere tratamiento urgente contra la diabetes o proteger a una persona de un elevado riesgo de suicidio).
- Cuando las personas usuarias del servicio se oponen a tomar la medicación contra la opinión de los profesionales de los servicios sociales y de salud mental, quienes consideran que la necesitan.

Después del debate, explica a los participantes lo siguiente:

El aislamiento y la contención se deben evitar siempre en el caso de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, incluso en circunstancias extremas.

- El aislamiento y la contención no son intervenciones de último recurso.
- Siempre hay que buscar alternativas al aislamiento y la contención para proteger el bienestar de las personas.
- Sin embargo, cuando alguien se comporta de una manera muy peligrosa hacia otras personas, hay que detenerlo de la misma manera que detendríamos a cualquier otra persona, con o sin discapacidad: por ejemplo, recurriendo a un grupo con formación especial con las habilidades necesarias para gestionar la situación (como a un equipo de respuesta, véase el tema 10) o, de manera alternativa, en determinados casos, recurriendo a las fuerzas de seguridad (por ejemplo, la policía) para garantizar la seguridad de todos. Es necesario que las fuerzas de seguridad encargadas de responder a estas crisis tengan formación para entender las necesidades específicas de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

El personal cree que, en determinados casos, es imposible encontrar alternativas al aislamiento y la contención, por lo que estas prácticas se siguen aplicando en el servicio.

- Siempre debemos considerar el uso del aislamiento y de la contención como un fracaso, un resultado negativo y una vulneración de los derechos humanos, incluso cuando parece que se han aplicado todas las alternativas a estas prácticas antes de recurrir a ellas.
- Siempre hay alternativas al aislamiento y a la contención.
- Algunas de estas alternativas se analizarán en el tema siguiente.

El uso del aislamiento y la contención también es un fracaso del servicio, el fracaso de todo un sistema e, incluso, el fracaso de miembros concretos del personal.

La afirmación «El uso del aislamiento y la contención siempre es un fracaso del servicio» puede interpretarse como una acusación a los miembros del personal. Es importante resaltar lo siguiente:

- Hay un espacio para que cada miembro del personal pueda reflexionar con detenimiento sobre si puede haber tenido algún papel en los acontecimientos que han comportado el uso del aislamiento o las medidas restrictivas.
- También hay que considerar si el uso del aislamiento o las medidas restrictivas han podido constituir un acto delictivo. En este caso, es necesario ejercer las acciones pertinentes ante el sistema penal.

Cada fracaso se debe considerar un evento adverso.

- Se tiene que ver como una oportunidad para entender los errores y corregirlos.
- También debería permitir una reflexión crítica sobre cómo personas individuales pueden contribuir sin querer a la aplicación del aislamiento y de la contención (por ejemplo, «¿Qué factores de mí mismo, de la persona y de la situación me llevaron a creer que aquella era la respuesta adecuada?»).
- Ese fracaso debería animar al personal a revisar y mejorar todas las estrategias adoptadas para poner fin al aislamiento y la contención.

Hay que redactar un informe sobre el incidente concreto.

- En este informe, se debe ofrecer a la persona que sufrió el aislamiento o las medidas restrictivas la oportunidad de expresar (con la ayuda de una persona de confianza, si se quiere) su perspectiva sobre:
 - los acontecimientos que condujeron al uso del aislamiento y/o de la contención;
 - el uso del aislamiento y/o de la contención y sus consecuencias;
 - qué considera que hay que hacer para evitar el uso de estas prácticas en el futuro.
- Es conveniente que la situación sea revisada por organismos y mecanismos independientes del servicio.
- En casos de duda jurídica seria, es necesaria una investigación penal y, si procede, el procesamiento correspondiente.

Es recomendable redactar periódicamente informes sobre el uso del aislamiento y de la contención en el servicio.

- Es recomendable redactar informes periódicamente (por ejemplo, anualmente), donde se documenten todos los casos de aislamiento y de contención registrados en el servicio durante ese periodo. El informe también debería describir y analizar las estrategias vigentes para erradicar el uso del aislamiento y de la contención.
- La información del informe debe ser anónima y sin datos identificativos; es decir, no debe especificar la identidad de las personas implicadas.
- Estos informes sobre el uso del aislamiento y de la contención deberían ponerse a disposición del público. Esto permitiría a las personas adoptar decisiones más informadas relativas a sus profesionales de atención sanitaria y también permitiría a las empresas y a las personas individuales poner en duda el uso de estas prácticas (incluso mediante procedimientos ante los tribunales), a la vez que incitaría a los gobiernos a investigar los servicios con tasas especialmente elevadas de prácticas de aislamiento y de contención.
- Favorecer una cultura de la transparencia mediante la redacción regular de informes probablemente llevaría a la dirección y al personal de los centros y los servicios a mejorar las prácticas con sus usuarios.



Ejercicio 4.2: ¿Es posible cambiar el curso de los acontecimientos que conducen al uso del aislamiento y de las contenciones? (30 minutos)

Este ejercicio se centra en qué se puede hacer para prevenir que las situaciones se agraven y explora las oportunidades perdidas de intervenir a lo largo del proceso.

Los participantes pueden exponer sus propios ejemplos y situaciones. Invítalos a reflexionar sobre estas situaciones tal y como se hace en el ejercicio siguiente.

Muestra y lee la situación siguiente a los participantes:

Caso 1. La experiencia de Tom

Tom vive en una residencia de los servicios sociales para personas con demencia. Quiere hacer una llamada telefónica a su hermana y necesita obtener una tarjeta telefónica de la enfermera para hacerla. La enfermera le dice que atenderá a su petición al cabo de un rato porque ahora está muy ocupada.

Como la enfermera está desbordada de trabajo, Tom debe esperar durante más de una hora. Cada vez se agita más y termina golpeando enfadado la puerta de la enfermería. La enfermera le pide que «se calme», lo cual solo agrava la sensación de frustración de Tom.

Entonces la enfermera le responde: «Si te continúas comportando así, no te voy a permitir hacer la llamada telefónica.»

Tom arranca a andar arriba y abajo del pasillo, cada vez más agitado, y empieza a dar patadas a la puerta y a insultar al personal que pasa por su lado.

La agitación de Tom hace que le acaben aplicando medidas de contención mecánica y farmacológica. El personal justifica esta actuación como necesaria para velar por la seguridad de Tom y de los otros usuarios.

Pide a los participantes que reflexionen sobre las preguntas siguientes:

1. ¿Qué opináis de este caso?
2. ¿Con qué frecuencia se produce esto en vuestro servicio?
3. ¿Era inevitable el uso de contenciones en el caso de Tom? ¿Qué se podría haber hecho para evitarlo?
4. ¿De quién fue la responsabilidad? ¿Fue la enfermera la única responsable?
5. ¿Qué impacto crees que tuvo este episodio en el bienestar de Tom?

Tras el debate, subraya lo siguiente:

Reflexiones sobre la situación de Tom

- El resultado de esta situación es bastante habitual en muchos servicios de atención social y de salud mental y, sin embargo, se podría haber evitado.
- El nivel de dependencia del servicio y del personal sufrido por Tom y el hecho de que no tenga control sobre su comunicación, que es un aspecto vital importante, le lleva a reaccionar ante esa situación.
- El hecho de que la rutina del personal sea prioritaria por encima de las necesidades de Tom, aunque la función principal del servicio sea proporcionar atención y acompañamiento a las personas usuarias, indica que el personal tiene actitudes deshumanizadoras hacia los usuarios. Así lo refleja también la respuesta humillante y ofensiva de la enfermera a Tom.
- En este caso, la enfermera debería haber dado prioridad a las necesidades de Tom por encima del resto de tareas, que podía haber pospuesto unos minutos, y haberle entregado la tarjeta telefónica. De este modo, se podría haber evitado la crisis.
- Otros miembros del personal médico, de enfermería y de otros departamentos, que pasaron por delante de Tom probablemente sabían que se esperaba para hacer una llamada telefónica y le detectaron signos iniciales de malestar debido a una espera innecesaria. Tan solo les habría costado unos minutos de la jornada laboral ayudar a Tom y, en cambio, nadie lo hizo. Al final, el curso de los acontecimientos comportó una inversión de tiempo significativamente superior por parte del personal.
- Es probable que el uso de la contención mecánica y farmacológica afectara negativamente a Tom (por ejemplo, que le hiciera sentir indefenso, lo traumatizara, le generara sensación de pérdida de control y miedo y le transmitiera deshumanización), y que tuviera repercusiones negativas en su bienestar. Por otro lado, aumentó el coste del servicio y la demanda de tiempo invertido por el personal.
- Todo el mundo que miró hacia otra parte cuando podía haber ayudado a Tom se podría considerar personalmente responsable de permitir que la situación se agravara.
- Otro factor que podría haber contribuido al resultado es que la dirección del servicio no tuviera contratado todo el personal necesario para evitar sobrecargar de trabajo a sus trabajadores y, así, permitirles responder de una manera adecuada a las necesidades de las personas usuarias. Otras personas pueden y deberían adoptar medidas de una manera

proactiva para influir en el curso de los acontecimientos siempre que sea posible con el fin de evitar que las situaciones se agraven. Todo el mundo puede cumplir una función en la prevención del uso del aislamiento y la contención y demostrar que estas prácticas se pueden evitar.

- Tom fue castigado por un servicio que permitió el uso del aislamiento y de la contención y también por el personal del servicio, que pasó por alto su petición y sus derechos humanos básicos.

Caso 2. La experiencia de Fátima

Fátima es una estudiante universitaria de primer año de carrera y comparte piso con otros estudiantes. Sufre falta de sueño porque ha estado estudiando muchas horas para aprobar los exámenes. La perspectiva de suspender le provoca una angustia creciente.

Acude al médico del centro de atención primaria para hablar de sus problemas de sueño. También explica que tiene dolores de estómago y ataques de pánico, y que cada vez le resulta más difícil levantarse por la mañana.

El médico la deriva a un psicólogo, pero, como su situación no se considera prioritaria en comparación con la de otras personas, le dan hora para tres semanas después.

Cuando llega el día de la visita, Fátima ya se encuentra muy mal, cada vez está más nerviosa y agitada. No se presenta a la visita con el psicólogo, pero nadie le hace ningún seguimiento.

Un día, sus compañeros de piso, preocupados, llaman a la policía porque Fátima no les deja entrar en su casa y no responde a sus llamadas telefónicas. Tienen miedo de que tenga ideas suicidas o se pueda hacer daño si nadie consigue entrar.

La policía llega y echa la puerta abajo. Se produce una trifulca entre Fátima y los agentes de policía y Fátima acaba siendo contenida e ingresada involuntariamente en un servicio de salud mental.

Después de leer esta situación, pregunta a los participantes lo siguiente:

1. **¿Qué pensáis de esta situación?**
2. **¿Con qué frecuencia creéis que se producen este tipo de situaciones?**
3. **¿Era inevitable el uso de medidas restrictivas en la situación de Fátima?**
4. **¿Qué se podría haber hecho para evitarla?**

Una vez los participantes hayan tenido la oportunidad de exponer sus opiniones, explícales lo siguiente:

Reflexiones sobre la experiencia de Fátima:

- La falta de recursos humanos comportó que no se diera a Fátima la atención y el acompañamiento que necesitaba cuando lo solicitó, antes de que su situación se deteriorara.
- Hubo oportunidades a lo largo de la experiencia de Fátima en que podría haber recibido apoyo.

- El hecho de llamar a la policía hizo que la situación derivara en la adopción de medidas restrictivas hacia Fátima. La policía castigó a Fátima aplicándole estas medidas. El uso de la contención aumentó su malestar y agitación.
- En su intervención, la policía debería haber mostrado una preocupación sincera por Fátima y haber desplegado técnicas no restrictivas para ayudarla (por ejemplo, hablar con ella con calma a través de la puerta, explicarle que habían venido a asegurarse de que estaba bien, pedirle si podían hacer algo por ella, preguntarle si les podía abrir la puerta, etc.).
- Es probable que las contenciones tuvieran efectos adversos en Fátima.
- Y, finalmente, el servicio de salud mental la castigó aún más ingresándola involuntariamente.



Presentación: El abanico de oportunidades perdidas (10 minutos)

- Recurrir al aislamiento y a la contención es una vulneración de los derechos humanos.
- Todo el mundo tiene un papel en la oportunidad de cambiar el curso de los acontecimientos. Es importante identificar las oportunidades perdidas a lo largo del camino que podrían haber evitado el uso de estas prácticas.
- El personal de los servicios debería actuar respetando los derechos humanos y la dignidad de las personas a las que prestan servicios en todo momento.
- Las situaciones de tensión o de conflictividad se pueden evitar respondiendo a las necesidades de las personas.
- Es necesario que los profesionales de la salud mental y otros ámbitos relacionados dentro de los servicios reflexionen sobre si sus prácticas contribuyen a la coacción y a una escalada de violencia. Deben reconocer su responsabilidad personal sobre sus respuestas, su compasión y acompañamiento cuando alguien lo necesita, respetando siempre el consentimiento libre e informado del usuario.
- Cada fracaso se debería considerar una oportunidad para entender qué ha salido mal y qué se puede hacer mejor la próxima vez.

Tema 5. Identificar las situaciones de tensión y los elementos de una respuesta eficaz

Duración del tema

Aproximadamente 1 hora y 35 minutos.



Reflexión a partir de los temas previos (15 minutos)

Invita a los participantes a compartir sus pensamientos y sus reflexiones sobre los temas previos.

Preguntad al grupo:

¿Ha cambiado vuestra opinión sobre el aislamiento y la contención? En caso afirmativo, ¿por qué? ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y a la contención?

Tras el debate, proyecta el vídeo siguiente, que muestra una perspectiva y experiencia del aislamiento y la contención. Se trata de un resumen potente del uso del aislamiento y la contención, y del impacto que tiene en las personas y en sus familias.

Chained and Locked Up in Somaliland

<https://youtu.be/mbjxRgRFb88> (3:05) [consulta: 9 de abril de 2019]

Al final del vídeo, pide a los participantes que compartan sus pensamientos. Este ejercicio da la oportunidad de repasar algunos de los temas debatidos previamente y prepara el terreno para hablar de las estrategias para acabar con el aislamiento y la contención.



Presentación: Identificación de las situaciones de tensión y elementos de una respuesta eficaz (10 minutos)

Presentación de las estrategias para prevenir y evitar el aislamiento y la contención

Hay algunas estrategias clave para responder de una manera eficaz a las situaciones de tensión o de conflicto y poner fin al uso del aislamiento y la contención. Entre otras, son:

- los planes individualizados para explorar los puntos sensibles y los signos de malestar;
- la desescalada;
- el establecimiento de una cultura del «sí» y del «sí se puede»;
- las salas de bienestar;
- los equipos de respuesta.

Cada una de estas estrategias se analizará con más detalle más adelante en esta formación.

Antes de explorarlas, es importante tener presente cómo identificamos los puntos sensibles y los signos de malestar para poder adoptar una respuesta apropiada y evitar que la situación se agrave.

Reconocimiento y respuesta a los puntos sensibles y a los signos de malestar

- A menudo, el personal de los servicios utiliza el aislamiento y la contención en respuesta a situaciones de tensión o de conflicto.
- Las situaciones de tensión o de conflicto pueden tener muchas causas, incluyendo malentendidos, una mala comunicación o personas «que se limitan a hacer su trabajo» (por ejemplo, cuando la función del personal es mantener el control y el orden en el servicio). Estas situaciones suelen producirse cuando alguien tiene la sensación de que no le escuchan o de que no se respeta su voluntad.
- Identificar y responder a las necesidades y al malestar de las personas en un primer momento y de una manera no restrictiva evita que la situación se agrave.
- **Puntos sensibles:** Todo el mundo tiene sus puntos sensibles, que son situaciones o estímulos que pueden derivar en un amplio abanico de emociones, incluidas la angustia, la frustración o la cólera, en función de cada persona. Podemos apreciar patrones en nosotros mismos, en los demás o en determinadas relaciones, que provocan reacciones y contra-reacciones.
- Cada uno tiene su propia sensibilidad, y algo que puede provocar emociones fuertes en una persona puede no tener el mismo impacto en otra.
- Los puntos sensibles y los patrones de reacciones se pueden originar en los pensamientos y sentimientos internos de cada persona. También pueden estar inducidos por eventos externos y por la conducta de otras personas.
- A todo el mundo le resulta difícil anticipar cuándo otra persona puede tener una reacción a sus propios sentimientos y pensamientos.
- La activación de múltiples puntos sensibles en un breve espacio de tiempo puede provocar que una persona sienta un gran malestar. Es más, la activación de los puntos sensibles de diversas personas con elevados niveles de malestar puede derivar rápidamente en una situación tensa y conflictiva.

Entre los ejemplos de los factores que pueden activar los puntos sensibles de las personas figuran:

- oír gritos o que les griten
- que no las escuchan
- que otras personas se les acerquen demasiado
- que les hablen sin respeto
- sentirse presionadas a hacer algo que no quieren
- que alguien interfiera en sus pertenencias personales
- el ruido
- la agitación a su alrededor
- que la gente hable demasiado rápido
- no entender qué les pasa o qué pasa a su alrededor
- estar aisladas
- sentirse solas
- sentirse desconectadas de su familia y amistades
- recordar cosas malas

- la falta de intimidad
- la oscuridad
- no tener elección, control o información
- discusiones
- que las miren fijamente

muchos de estos factores se producen, de hecho, en el entorno de los servicios sociales y de salud mental.

Cómo se puede identificar el malestar

Las señales físicas de malestar requieren de una respuesta reflexiva y de acompañamiento, con el objetivo de identificar y eliminar la causa, de tranquilizar a la persona o ayudarla de algún otro modo. Algunos ejemplos habituales de signos de malestar son (46):

- intranquilidad
- agitación
- caminar arriba y abajo
- respiración dificultosa o rápida
- sudor
- apretar los dientes
- llorar
- retorcer las manos
- balancearse
- introspección
- contacto ocular prolongado
- alzar el tono de voz
- agresión
- amenazar con hacerse daño



Ejercicio 5.1: Debate: entender los puntos sensibles y los patrones de reacciones (30 minutos)

Este ejercicio ayudará a los participantes a darse cuenta de que muchas personas tienen sensibilidades parecidas, al margen de su salud mental, y que es importante responder a los puntos sensibles de cada persona con paciencia y empatía.

Empieza invitando a los participantes a reflexionar sobre qué los hace sentir **a ellos** asustados, tristes, enfadados, nerviosos o estresados.

Plantea al grupo la pregunta siguiente y anota las respuestas en la pizarra.

¿Qué os hace sentir asustados, tristes, enfadados, nerviosos o agitados y en qué sentido estas sensaciones podrían hacer que actuarais de una manera que podría alterar a otras personas (como si ahora perdéis los nervios, chilláis, os volvéis conflictivos, etc.)?

Después de 1 o 2 minutos de reflexión individual, invita a los participantes a compartir sus ideas. Haz una lista con las respuestas en la pizarra.

Es posible que los participantes den ejemplos parecidos a los de la presentación anterior.

Una vez los participantes hayan dado sus respuestas, explica que todas las personas tienen sensibilidad. Entender los puntos sensibles es clave para abordarlos o evitar que aparezcan situaciones de tensión o de conflicto, sobre todo porque las personas han recurrido a los servicios para trabajar en su recuperación y tener un alivio de situaciones vitales de por sí difíciles.



Ejercicio 5.2: Acciones tranquilizadoras (15 minutos)

Empieza el ejercicio invitando a los participantes a reflexionar sobre cómo abordan los puntos sensibles y el malestar propios, y sobre si hay alguna acción específica que las ayude. Haz la pregunta siguiente a los participantes:

¿Qué hacéis cuándo os sentís frustrados o conmocionados? ¿Hay algo que os guste hacer, o que los demás hagan, para ayudaros en estos momentos?

Después de 1 o 2 minutos de reflexión individual, invita a los participantes a compartir sus ideas. Haz una lista con las respuestas en la pizarra. Algunas ideas son, entre otras, a modo de ejemplo, las acciones siguientes:

- dar un paseo
- escuchar música
- hablar con alguien que sepa escuchar

Una vez los participantes hayan tenido la oportunidad de contestar, pon de relieve que es fundamental tomarse tiempo para entender qué nos ayuda y qué ayuda a los demás a reaccionar de una manera adecuada cuando se activan los puntos sensibles.



Ejercicio 5.3: Responder a los puntos sensibles y signos de malestar (20 minutos)

Este ejercicio da a los participantes la oportunidad de aplicar los conceptos tratados en la presentación anterior.

El caso de Susan

1. Lee a los participantes el caso siguiente:

Susan es una mujer joven con un diagnóstico de trastorno bipolar y un historial de abusos sexuales. La han llevado en ambulancia y la han ingresado en un servicio en el que trabajas como profesional de la salud mental porque hace días que no duerme y se nota con una energía excesiva, intranquila e irritada con todo el que la rodea. Durante el proceso de ingreso ha aceptado permanecer allí internada durante unos días. Explica que cuando se siente así la asustan los lugares cerrados. Las ocasiones anteriores en que Susan ha sido usuario del servicio dejan claro que a menudo se siente alterada antes de irse a dormir. Se tapa los oídos con las manos, deja de escuchar y, a veces, habla con agresividad al personal y a otras personas del servicio. El servicio tiene la norma de que todo el mundo debe estar en su habitación a las 21 horas y, a partir de esta hora, las personas usuarias no tienen acceso a los espacios comunes (como la sala de televisión).

2. Después de leer el caso, debate las preguntas siguientes con los participantes.

Teniendo en cuenta esta descripción, ¿qué información os resulta útil para plantear las necesidades de acompañamiento de Susan?

¿Hay alguna otra cosa que penséis que podría ser útil explorar con Susan?

Si Susan vuelve a mostrarse agitada antes de irse a dormir, ¿cómo podríais responder?

Explica a los participantes que el objetivo de este ejercicio *no* es encontrar la forma de que Susan se vaya a dormir sin hacer aspavientos ni asegurarse de que no estorbe a los demás. Solicita a los participantes que consideren la situación con empatía e intenten entender que Susan ha recurrido al servicio para recuperarse. Si su presencia interfiere en el descanso de otras personas, los participantes deberían plantearse cómo la pueden acompañar al tiempo que se vela por el bienestar de los demás usuarios.

3. Después del debate, lee las estrategias que se identificaron y se adoptaron:

Después de hablar con el personal, Susan identificó las estrategias siguientes para encajar sus preferencias personales con una rutina diaria y responder a sus necesidades:

- Le ofrecerán apoyo para tratar el trauma provocado por los abusos que padeció y ayudarla a superar el miedo a los espacios cerrados.
- No la obligarán a irse a la cama; será ella la que decida cuándo quiere irse a dormir. Esto comportó un replanteamiento integral de la política del servicio relativa a la hora de irse a dormir con la finalidad de adecuarse a sus preferencias personales.
- Susan puede ver la televisión en la sala común hasta que se note cansada, relajada y preparada para irse a la cama.
- Si quiere, tiene la posibilidad de dar un paseo en el exterior, sola o acompañada de un miembro del personal.

Repite el ejercicio con la historia de Abdu.

1. Lee a los participantes el caso siguiente:

El caso de Abdu

Abdu es un hombre de 68 años con diagnóstico de demencia. Le cuesta sostenerse en pie y tiene tendencia a caerse. Le gusta pasear por los pasillos y los jardines de la residencia y no le gusta que le digan que no es seguro que ande sin ayuda. Cuando se lo recuerdan, grita y golpea a la persona que le impide hacer lo que quiere. También grita al personal y camina con gesto frustrado.

2. Debate con los participantes las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que más le molesta a Abdu?
- ¿Qué puede hacer el personal del servicio para adaptarse a sus necesidades?

3. Después del debate, lee las estrategias que se identificaron y se adoptaron:

Abdu y el personal de la residencia fueron capaces de identificar las estrategias siguientes para acompañar y adaptarse a sus preferencias y no alterarlo:

- Le facilitan un andador para que pueda caminar libremente y sin ayuda por la residencia y los jardines.
- Además, el personal organiza voluntarios de un grupo de apoyo local para acompañarlo a pasear por la ciudad una o dos veces por semana.

Tema 6. Planes individualizados para explorar y responder a los puntos sensibles y signos de malestar

Duración del tema

Aproximadamente 1 hora.



Presentación: Planes individualizados para explorar los puntos sensibles y signos de malestar (20 minutos)

Esta presentación profundiza en la sesión introductoria previa, en la que se destacaba la necesidad de identificar y entender los puntos sensibles y los signos de malestar.

En el tema anterior hemos analizado cómo se pueden identificar los puntos sensibles y los patrones de reacción. Una estrategia que puede ser de utilidad para ayudar a poner fin al aislamiento y la contención es la creación de planes individualizados que analicen los puntos sensibles y los signos de malestar.

¿Qué es un plan individualizado?

- Es un plan que esboza acciones que pueden ayudar a una persona a calmarse y a relajarse en momentos de aumento de la angustia, el malestar, la frustración o la cólera, teniendo en cuenta sus puntos sensibles y patrones de reacción habituales.
- Se trata de un plan único para cada persona.
- El plan prioriza las necesidades del individuo por encima de las del servicio.
- Estos planes incluyen estrategias para identificar signos de malestar y responder a los puntos sensibles antes de que la situación empeore.
- Diseñar un plan con una persona ofrece a los demás la oportunidad de entender las emociones y los sentimientos de la persona ante determinadas situaciones y de debatir maneras eficaces de satisfacer las necesidades cuando se produce una de estas situaciones, y también a largo plazo.

¿A quién van destinados los planes individualizados?

- Puede no ser relevante diseñar un plan individualizado para cada persona. No todo el mundo los quiere o los necesita. Sin embargo, en el caso de algunas personas, diseñar un plan individualizado puede resultar útil para entender qué las hace sentir agitadas, nerviosas o enfadadas y cómo pueden responder los demás a estas situaciones de una manera respetuosa con la persona y con sus deseos y preferencias. Es la persona misma quien debe decidir si un plan de estas características puede resultar útil en su caso o no.
- Los planes individualizados no solo van destinados a personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. El uso de los planes individualizados se aplica también a los miembros del personal, familiares y otros cuidadores. Todo el mundo tiene sensibilidades que pueden afectar su comportamiento en determinadas situaciones. Y todo el mundo debería intentar conocer y entender sus propios puntos sensibles y sus estrategias para calmarse.

¿Cómo se ha de elaborar y utilizar un plan individualizado?

- Es necesario que el plan lo desarrolle la persona implicada y, si quiere, con la ayuda de otras personas que deseen participar. Estas personas pueden ser familiares, profesionales de la salud mental u otros ámbitos relacionados, compañeros, etc.
- Es la persona para quien se crea el plan quien decide qué figura en él, y no los demás.
- El plan se ha de diseñar cuando la persona se encuentra en un estado mental calmado y relajado.
- En su caso, el plan se puede integrar en el plan de recuperación general de la persona (véase el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar*).
- Si la persona lo desea, los planes se pueden poner a disposición del personal sanitario, los equipos de respuesta y otras personas relevantes (por ejemplo, guardarse en el expediente médico del servicio o incluirse en un registro en línea).
- Los planes individualizados deben actualizarse y revisarse con regularidad, a medida que las personas profundizan en el conocimiento de sus puntos sensibles y las causas de su malestar.

Elaboración de un plan individualizado

La persona identifica y elabora una lista de qué la hace sentirse frustrada, enfadada o alterada. Si quiere, puede pedir que alguien la ayude. También recoge cómo expresa su alteración (o como se manifiesta en ella el malestar) y aquello a lo que desea que los demás presten atención (por ejemplo, un signo para que los demás reaccionen y la ayuden).

A continuación, la persona identifica posibles estrategias para abordar la causa o causas subyacentes a su malestar a fin de eliminarlas o bien reconocerlas y buscar consuelo y apoyo. Estas estrategias serán diferentes en cada caso, pero algunos ejemplos son:

- dar un paseo
- que alguien reconozca sus sentimientos
- hacer respiraciones lentas y profundas
- apretar una pelota o una manta
- gritar o llorar
- pasar un rato en una sala de bienestar
- llamar a un amigo o familiar
- hacer ejercicio
- ducharse

Los pasos adoptados para ayudar a las personas a eliminar la causa de su malestar, cólera, frustración o angustia, o para superarlas, siempre deben surgir voluntariamente, nunca se han de imponer a nadie.

Las acciones tranquilizadoras y otras maneras de abordar el malestar deben definirse a medida de cada persona y situación: una acción que funciona para una persona en un momento determinado puede no funcionar para otra o para esa misma persona en otro momento. Es importante usar la creatividad para hallar soluciones a medida de las necesidades individuales.

El uso de planes individualizados para abordar los problemas surgidos de situaciones de conflicto o de tensión también puede ser una buena oportunidad para que el personal del servicio y las personas usuarias establezcan relaciones de confianza y de respeto mutuo.



Ejercicio 6.1: Elaborar un plan individualizado (40 minutos)

Todo el mundo, incluidos los profesionales de la salud mental y otros ámbitos relacionados, las familias y otros cuidadores, se puede beneficiar de identificar sus propios puntos sensibles. Recuerda a los participantes que no deben revelar nada que no quieran.

Solicita a los participantes que se organicen por parejas. A continuación, distribuye ejemplares del anexo 3 (elaboración de un plan individualizado). Si lo desean, los participantes pueden hacer este ejercicio individualmente.

Invita a cada pareja de participantes a rellenar la tabla representada debajo para cada persona.

1. Empieza el ejercicio haciendo que un miembro de cada pareja interrogue a la otra sobre **qué la hace sentir frustrada, nerviosa, enfadada o alterada**.
2. A continuación, ambos deben debatir **qué ayuda a la persona a serenarse** durante estas situaciones tensas, estresantes o conflictivas.
3. Finalmente, la pareja debe identificar **acciones concretas que ayuden a la persona que ha compartido sus puntos sensibles a tranquilizarse y a abordar la situación**.

Una vez terminada la primera ronda, se invierten los roles de los participantes y repiten el ejercicio.

Plan para gestionar mis puntos sensibles		
¿Cuáles son mis puntos sensibles?	¿Qué me ayuda a calmarme?	¿Qué pasos concretos se pueden hacer?
<i>Por ejemplo, sentirme abrumado por el ruido y las personas que me rodean</i>	<i>Por ejemplo, ralentizar la respiración y tomarme un poco de tiempo para estar a solas</i>	<i>Por ejemplo, mantener una respiración lenta, buscar un lugar tranquilo donde pueda estar a solas hasta que me sienta más tranquilo</i>

Tema 7. Establecer una cultura del «sí» y del «sí se puede»

Duración del tema

Aproximadamente 40 minutos.



Presentación: Establecimiento de una cultura del «sí» y del "sí se puede» (15 minutos)

En el momento del ingreso en un servicio o centro, las personas usuarias (sobre todo de los caracterizados por una cultura institucional) y las que ingresadas contra su voluntad se ven obligadas a ceder un control considerable al personal y al servicio.

Están aisladas de su vida cotidiana, de su casa, de sus cosas y comodidades familiares, de su comida, de su entorno habitual, de sus libros y ordenadores, de los programas de televisión, de la familia, de las amistades, de las redes sociales, de sus pertenencias, etc. Es posible que se les impida salir al exterior, pasear al aire libre y seguir sus rutinas y hábitos, llevar sus obras de arte o material de escritura y lectura, y trabajar. Encontrarse en una situación de pérdida de control y de dependencia del personal para obtener consuelo, seguridad y bienestar puede provocar malestar, miedo, ansiedad y frustración.

El personal de atención sanitaria suele responder con un «no» a las peticiones de las personas o posponer el cumplimiento de sus demandas. Esto se puede deber a una sobrecarga de trabajo, a la escasez de personal, a una formación insuficiente, a la normativa del servicio o a una cultura de falta de respuesta aplicada en el servicio de una manera más generalizada.

El personal puede malinterpretar la frustración, el malestar y la dependencia que percibe en la persona como un comportamiento problemático, lo que, en última instancia, puede derivar en una situación de conflicto en que el personal recurra a medidas restrictivas como el aislamiento y la contención.

Hay que entender que las personas acuden al servicio porque tienen necesidades, porque necesitaban un respiro de las dificultades que encuentran en la vida, porque buscan contacto humano y consuelo en épocas difíciles o porque quieren trabajar en su recuperación al margen de su vida y rutina habituales.

Para ser verdaderamente eficaz, es necesario que el servicio abandone la cultura de «gestionar» y «controlar» a las personas usuarias y adopte una cultura orientada a su recuperación y que les ofrezca acompañamiento. Eso requiere necesariamente que el personal identifique y responda a las necesidades y a las solicitudes de las personas, en vez de negarlas y rechazarlas.

Una estrategia útil es crear una cultura del «sí» y del «sí se puede» en el servicio. Esto crea un espacio sin juicios donde se pueda plantear cómo se toman las decisiones y, si es posible, decir «sí» en vez de «no» en respuesta a una solicitud de una persona usuaria del servicio. De este modo, el personal del servicio podrá poner en primer término a las personas, sus necesidades y peticiones.

Antes de decir «no» a una petición de una persona usuaria del servicio, el personal debería aplicar el modelo REFLECT, que consiste en (47):

- R – Replanteamiento: ¿qué haría falta para decir «sí»?
- E – Emoción: ¿cómo se sentirá la persona si le digo «no»?
- F – Fácil: ¿es «no» la opción fácil?
- L – Escucha: ¿he escuchado realmente a la persona y lo que pide?
- E – Explicación: ¿puedo explicarle a la persona por qué no puedo satisfacer su petición?
- C – Creatividad: ¿hay alguna manera creativa de satisfacer la petición de esta persona?
- T – Tiempo: ¿estoy destinando el tiempo necesario a considerar su petición?

Incluso en situaciones en que los profesionales ya han respondido «no» a una petición, resulta útil reflexionar sobre las motivaciones de haberlo hecho aplicando el modelo REFLECT.

- R – Replanteamiento: ¿qué habría sido necesario para decir «sí»?
- E – Emoción: ¿cómo se habría sentido?
- F – Fácil: ¿era «no» la opción más fácil?
- L – Escucha: ¿el personal escuchó a la persona implicada?
- E – Explicación: ¿se dio una explicación a la persona interesada?
- C – Creatividad: ¿se recurrió a la creatividad para encontrar una manera de satisfacer la petición de la persona?
- T – Tiempo: ¿se destinó el tiempo necesario a considerar su petición?

Reflexionar sobre estos aspectos anima a los participantes, que son profesionales y cuidadores, a reflexionar sobre su práctica y a replantearse cómo pueden corregir la situación para establecer una cultura de «ante todo, decir que sí».

Otro aspecto importante que el personal debe considerar es: ¿puedo asignar recursos a las personas usuarias del servicio para que no necesiten hacer esta petición y puedan ser más autónomas?

Para esta última cuestión, es importante tener en cuenta lo siguiente:

El objetivo no es proporcionar a la persona la información o los recursos que solicita para «sacársela de encima». El personal debe escucharla e intentar entender realmente qué necesita. Debe ser sincero sobre los recursos y la información que puede proporcionar y procurar no abrumarla con demasiados recursos o algunos completamente irrelevantes. A veces, esto puede implicar poner en contacto directamente a la persona con alguien capaz de satisfacer su petición.

Simultáneamente, es importante entender que no se pueden satisfacer todas las necesidades; a veces, el servicio no puede cubrirlas, o hacerlo puede tardar un tiempo. Sin embargo, en las situaciones en que la petición o la necesidad de una persona no se pueda cubrir, se debe hablar con ella para hacérselo entender. Además, la dirección del servicio debe velar por que el personal sea capaz de cuidar de sus propias necesidades en el proceso, para que pueda destinar toda la atención y mostrarse dispuesto a implicarse.



Ejercicio 7.1: Establecer una cultura del «sí» y del «sí se puede» en nuestro servicio social y de salud mental (25 minutos)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a elaborar una lista de pasos que pueden establecerse para instaurar una cultura del «sí» y del «sí se puede» en un servicio social o de salud mental.

Haz las preguntas siguientes a los profesionales de la salud mental y de los servicios sociales, a las personas usuarias de los servicios y a los cuidadores o familiares.

- **Pregunta para profesionales de la salud mental y ámbitos relacionados:** pensad en la última vez que dijisteis «no» a la petición de una persona usuaria del servicio. ¿Qué podríais haber hecho de diferente forma?
- **Pregunta para los cuidadores o familiares:** pensad en la última vez que dijisteis «no» a la petición de un familiar con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. ¿Qué podríais haber hecho de diferente modo?
- **Pregunta para las personas usuarias de los servicios:** pensad en la última vez que un miembro del personal o cuidador o familiar os dijo que «no» a una petición. ¿Qué se podría haber hecho de modo diferente?

Después de escribir en la pizarra las diferentes respuestas de los participantes, haz la pregunta siguiente y toma nota de sus ideas en la pizarra.

- ¿Qué es necesario para crear una cultura del «sí» en un servicio social o de salud mental?
- ¿Cómo podrían los profesionales, las personas usuarias del servicio, los familiares y los cuidadores u otras personas implicarse en el proceso?
- ¿Qué capacidades serían necesarias para crear o mejorar una cultura del «sí»?

Tema 8. Entornos de acompañamiento y uso de salas de bienestar

Duración del tema

Aproximadamente 55 minutos.



Presentación: Entornos de acompañamiento y salas de bienestar (15 minutos)

El entorno de un servicio puede influir al aumento de las tensiones o a reducirlas. Un entorno coercitivo u opresivo puede incrementar los conflictos y la escalada, mientras que un entorno de comodidad y de acompañamiento puede potenciar la recuperación, el bienestar, la inclusión, la esperanza, la resiliencia y la interacción social, entre otros aspectos.

Si bien el entorno general debería ser de ayuda, un ejemplo práctico podría ser crear una sala de bienestar en el servicio. Se puede ofrecer en cualquier momento y puede ayudar a evitar la escalada del conflicto.

Salas de bienestar (48-50)

Una sala de bienestar crea un santuario para mantenerse alejado del estrés y permite a las personas manifestar sus sentimientos y aliviar su malestar en privado.

- Una sala de bienestar no es una sala de aislamiento. Es una herramienta preventiva que puede ayudar a una persona alterada a serenarse y relajarse.
- Estas salas siempre se deben utilizar voluntariamente y con el consentimiento informado de la persona implicada.
- Conviene respetar el uso de las salas de bienestar como santuario y lugar de sanación para que no se perciban como un lugar exclusivo para las personas usuarias del servicio o como una sala de aislamiento. Una manera de hacerlo es ponerlas a disposición tanto de las personas usuarias del servicio como del personal para realizar actividades de relajación y reposo.
- Antes de proponer a otra persona que use la sala de bienestar, es importante revisar las propias emociones y reacciones y asegurarse de que la propuesta de emplearla no se hace para aliviar el malestar propio ante la situación. También es importante ser consciente de que la propuesta puede que no sea bien recibida.

Cómo se puede montar una sala de bienestar

- El personal y las personas usuarias del servicio deberían colaborar en el diseño de un plan para la creación de una sala de bienestar. Es fundamental que los usuarios del servicio participen activamente en la planificación, la creación y el diseño de la sala de bienestar.
- Hay que debatir y decidir:
 - qué uso se dará a la sala de bienestar, cómo se prevé que se utilice y qué tipo de entorno se quiere crear.
 - qué sala o salas se utilizarán.

- cómo se amueblará y decorará.
- cómo se pagará.
- quién se encargará del mantenimiento.

A la hora de diseñar la sala, es importante tener en cuenta la seguridad de las personas que la utilizarán. Puede ser útil plantear la creación de una sala con un diseño universal, para que resulte segura y accesible a todo el mundo. También puede ser necesario retirar los objetos de vidrio, los objetos inflamables, los objetos ligeros que se puedan arrojar fácilmente o los elementos que se puedan utilizar para hacerse daño a uno mismo o a otras personas (como los pomos de las puertas).

Para algunas personas puede resultar útil incluir estimulación sensorial tranquilizante y relajante en las salas de bienestar para desviar el foco de atención de lo que las perturba a otro estímulo. Las estrategias sensoriales siempre deben ser voluntarias.

Algunos ejemplos de estrategias sensoriales que se pueden integrar en una sala de bienestar son agua tibia, mantas, alfombras o cojines blandos, colores relajantes, una iluminación tenue, balancines, música o sonidos tranquilos y relajantes, aromaterapia, etc.

Las estrategias sensoriales deben ser individualizadas. Es necesario que el personal del servicio consulte a la persona si quiere probar varias hasta que encuentre cuál le funciona mejor. Además, las personas pueden explorar por sí mismas las estrategias sensoriales de que disponen.

Es importante tener en cuenta que lo que puede ser relajante para una persona puede ser una fuente de estrés para otra. Por ejemplo, algunas personas pueden preferir sentarse en silencio, con poca estimulación sensorial o sin ella. Otras, en cambio, pueden tener necesidad de llorar, chillar, golpear, bailar, rezar o utilizar otras estrategias para relajarse.



Ejercicio 8.1: Estrategias sensoriales (15 minutos)

Empieza el ejercicio invitando a los participantes a pensar individualmente en algunas estrategias sensoriales que se podrían emplear en una sala de bienestar del servicio. Pregunta a los participantes lo siguiente:

Intentad pensar en algunas estrategias sensoriales específicas que se pueden utilizar en el entorno de los servicios sociales o de salud mental.

Transcurridos 5 o 10 minutos de tiempo de reflexión individual, invita a los participantes a compartir sus ideas con el grupo. Haz una lista con las ideas en la pizarra.



Presentación: Salas de bienestar en unidades de urgencias de hospitales generales o en otros lugares de cuidados intensivos (10 minutos)

- Las unidades de urgencias de los hospitales generales y otros lugares de cuidados intensivos a menudo son el primer lugar donde acuden las personas que sienten un malestar grave.

- En estos lugares, la actividad puede ser ajetreada y caótica, con muchos factores y estímulos, tales como ruido, exceso de personas y largos tiempos de espera, que pueden agravar la alteración y la ansiedad de una persona (51).
- Además, el personal de las unidades de urgencias no suele tener formación en estrategias no restrictivas para ayudar a las personas en situaciones de malestar. Eso hace que, en muchos casos, el personal recorra al uso del aislamiento y la contención.
- Los estudios demuestran que el uso del aislamiento y la contención es muy frecuente en las unidades de urgencias (52, 53).
- Crear una sala de bienestar dentro de una unidad de urgencias es una manera útil de garantizar que las personas no tengan que esperar en salas de espera ruidosas, con mucha gente y, a veces, caóticas, sino que puedan hacerlo en un entorno relajante, lejos de estímulos negativos.



Ejercicio 8.2: Salas de bienestar en su servicio (15 minutos)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a elaborar una lista de medidas que se podrían adoptar para crear una sala de bienestar en su servicio.

Hazles las preguntas siguientes y toma nota de las ideas en la pizarra:

¿Qué se debe hacer para crear una sala de bienestar en un servicio social o de salud mental?

- ¿Qué sala se utilizará?
- ¿Qué tipo de espacio se quiere crear?
- ¿Quién será el responsable de crearlo?
- ¿Qué puede haber en la sala?
- ¿Cómo se pueden recoger e incorporar sugerencias de las personas usuarias del servicio y del personal a la hora de crear la sala?
- ¿Cómo se financiará?

Tema 9. Desescalada de las situaciones de conflicto y tensión

Duración del tema

Aproximadamente 15 minutos.



Presentación: Introducción a la desescalada (15 minutos)

La desescalada es una técnica para abordar situaciones en las que las personas se sienten extremadamente agitadas o alteradas, cosa que las hace actuar de manera que puede afectarlas o afectar a otras personas negativamente, ya sea emocional o físicamente. Esto puede derivar en situaciones muy complicadas que, a veces, incluso ponen en riesgo la seguridad de las personas afectadas.

La desescalada es un abordaje que establece una relación de colaboración con las personas clave implicadas en un conflicto con el fin de resolver o aliviar la situación. La desescalada aplica técnicas de comunicación eficaces en estas situaciones (para más información sobre las técnicas de comunicación, véase el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*).

Por ejemplo, la desescalada implica utilizar la escucha activa. La escucha activa es una forma estructurada de escuchar y reaccionar que focaliza la atención en la persona. Consiste en escuchar con atención lo que dice la otra persona para entender su punto de vista y sus sentimientos. Requiere concentrar toda la atención en la persona y verificar que se ha entendido el sentido genuino de lo que se dice.

La escucha activa también requiere ser consciente de no atribuir un sentido personal a lo que la otra persona dice. Consiste en mantener un diálogo (en vez de un monólogo) con la persona implicada y valorar sus sentimientos, pensamientos e ideas. (Para más información sobre la escucha activa, consultar el módulo *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar*.)

Cuando se interacciona con una persona que manifiesta malestar de una manera que los demás encuentran molesta o amenazadora, todos los implicados deben hacer el esfuerzo de identificar sus reacciones emocionales.

Algunas personas tienen la capacidad, de una manera natural, de desescalar las situaciones de conflicto o de tensión utilizando estas técnicas. Sin embargo, la desescalada es una técnica que *todo el mundo* puede aprender y poner en práctica; que requiere formación para aplicarla de una manera eficaz y obtener resultados seguros y satisfactorios. En consecuencia, el personal del servicio se puede beneficiar de ampliar su formación en esta materia.

Consejos para evitar una escala del conflicto (54)

- Respetad el espacio personal de cada uno.
- Evitad los espacios cerrados (como las salas pequeñas) para aseguráros de que la persona no se siente atrapada, acosada o confinada.
- Intentad comunicaros con la persona. Decidle que queréis ayudarla y que no haréis nada contra su voluntad ni nada que pueda hacerle daño.
- No utilizéis vocabulario que se pueda percibir como provocativo, humillante o condescendiente. Sed educados y respetuosos en todo momento.
- Hablad con la persona con el nivel adecuado de formalidad, en función de su grado de conocimiento.
- No la presionéis. Dadle tiempo y espacio para procesar lo que dice y pueda reaccionar.
- Intentad entender la razón que le ha provocado el malestar, así como qué quiere o necesita. Preguntad directamente qué espera y qué puedes hacer.
- Preguntad qué le sería de ayuda y ofrecedle algunas opciones y alternativas.
- No desestiméis lo que dice la persona solo porque no estáis de acuerdo. Aunque no estéis de acuerdo, buscad puntos de consenso. Si no sois capaces de llegar a un acuerdo con nada, entonces llegad al acuerdo de que estáis en total desacuerdo.
- Facilitad que la persona pueda acceder a personas que conoce y en quien confía.
- Una vez superado el momento difícil, intentad analizar con la persona qué ha pasado.

Las técnicas de desescalada pueden diferir en función del contexto y la cultura, y se deben adaptar en consecuencia.

Tema 10. Equipos de respuesta

Duración del tema

Aproximadamente 1 hora.



Presentación: La constitución de un equipo de respuesta (36, 37, 55-57) (30 minutos)

Esta presentación ofrece una visión general de cómo se puede recurrir a los equipos de respuesta para que intervengan durante situaciones de tensión o de conflicto sin emplear medidas restrictivas.

¿Qué es un equipo de respuesta?

- Un equipo de respuesta es un grupo básico de especialistas experimentados y comprometidos que adoptan un abordaje no restrictivo y son responsables de intervenir o responder cuando es probable que se produzca una situación de emergencia considerada difícil o «ingobernable» por las personas presentes.
- Un equipo de respuesta puede recibir denominaciones diversas en diferentes países y servicios, tales como *equipo de respuesta en caso de crisis* o *equipo de respuesta en emergencias psiquiátricas*.
- Los equipos de respuesta pueden gestionar eficazmente crisis mediante unas buenas habilidades de comunicación, desescalada y prevención de la violencia para calmar y resolver de manera segura una situación tensa o conflictiva (58).
- Los miembros del equipo ayudan y ofrecen apoyo durante una situación conflictiva, si bien también pueden llevar a cabo prevención proactiva en los servicios.
- Ahora bien, es importante destacar que la intervención de un equipo de respuesta no es necesaria ni adecuada cuando las personas simplemente expresan malestar. La intervención del equipo de respuesta solo es pertinente cuando la alteración de una o varias personas tienen un efecto acumulativo en las otras y se genera una situación tensa y conflictiva que no son capaces de resolver por sí mismas.
- Conviene que el equipo esté disponible en todo momento, sobre todo cuando el riesgo de que se produzca un incidente puede ser más elevado (por ejemplo, por la noche).

La misión del equipo de respuesta es responder siempre a las situaciones de tensión o de conflicto de una manera no violenta y no restrictiva. Es importante asegurarse de que el equipo de respuesta no evolucione con el paso del tiempo en un equipo que use medidas restrictivas y violentas para gestionar las situaciones de tensión y de conflicto.

Objetivos

- Proporcionar una resolución segura en situaciones de tensión o de conflicto que tengan implicaciones para la salud o el potencial de hacer daño a alguien.
- Desarrollar y aplicar abordajes no conflictivos y no restrictivos diseñados para ayudar y acompañar a las personas en vez de para controlarlas.

- Reducir el potencial de que se produzcan lesiones o daños durante estas situaciones.
- Proporcionar un abordaje de equipo y liderazgo organizado ante las situaciones de conflictividad más complejas.
- Formar y compartir experiencias y conocimientos sobre habilidades y estrategias no restrictivas con otras personas. Contribuir al debate y revisar la situación una vez resuelta con el fin de continuar mejorando la forma de responder a las situaciones de este tipo.

Composición y función

El equipo de respuesta debe estar formado por:

- Profesionales de la salud mental y los servicios sociales (personal auxiliar, de enfermería, de medicina, etc.) comprometidos con la adopción de abordajes no coercitivos en los servicios y la atención. Hay un riesgo de escalada del conflicto si las personas implicadas no conocen a los miembros del equipo.
- Otros miembros (compañeros, defensores de la comunidad, familiares, etc.).
- La composición del equipo de respuesta se hace a medida de las necesidades de la persona o personas (por ejemplo, se deben tener en cuenta la edad, el género, la cultura y las necesidades particulares). Por lo tanto, es importante asegurarse de que la composición del equipo respete en la medida que sea posible el equilibrio de género, etnia y edad.

Función de los diversos miembros:

- Los miembros del equipo deben tener funciones claras y específicas para evitar confusiones y duplicaciones en situaciones de estrés.
- Debería haber asignado al menos un grupo básico de especialistas en el servicio social o de salud mental cada día.
- También puede haber miembros externos al servicio que estén «de guardia» para acudir cuando se les necesita:
 - Estos miembros no están de una manera permanente en el servicio social o de salud mental.
 - Se les avisa para que ayuden solo cuando es necesario.
 - Se les puede llamar sin aviso previo y tienen capacidad para presentarse en el lugar correspondiente en poco tiempo.
 - Los miembros del equipo deben ser retribuidos por este tiempo en el que están «de guardia».

Responsables del equipo

- Los equipos de respuesta deben tener un responsable. Debe ser una persona con liderazgo eficaz y habilidades para la desescalada, así como con experiencia en el acompañamiento de personas alteradas. La dirección del servicio debe evaluar a los responsables del equipo antes de contratarlos para incorporarse.
- Un responsable de equipo eficiente:
 - promueve un abordaje no violento para la resolución de una situación;
 - vela por la seguridad de todas las personas implicadas en la situación de tensión o de conflictividad;
 - asume un rol de liderazgo en la situación y delega otras funciones y responsabilidades a otros miembros del equipo (vaciar la zona, garantizar que no haya objetos potencialmente peligrosos, etc.);

- se mantiene al día y comparte los nuevos estudios de investigación sobre los abordajes no restrictivos;
- tiene capacidades de comunicación verbal y no verbal;
- escucha los consejos y forma a los demás en temas de seguridad y prácticas no restrictivas;
- pone en duda las decisiones y prácticas inseguras;
- es el responsable de la respuesta y del correspondiente informe posterior al episodio.

Formación en respuestas no restrictivas

- Los miembros del equipo (tanto profesionales como no profesionales) deben formarse en cómo evitar y abordar situaciones de crisis.
- Es conveniente que los servicios sociales y de salud mental actualicen la calidad y la cantidad de su formación, de tal manera que se convierta en un requisito anual para todos los miembros del equipo.
- Los miembros del equipo deben formarse juntos y mantener relaciones laborales para poder responder de una manera conjunta como equipo y evitar errores de comunicación o falta de coordinación en las situaciones en que intervienen.
- La formación debería incluir cómo acompañar a personas con necesidades y exigencias especiales (mujeres embarazadas, personas con discapacidad física, etc.).
- La formación debería simular el estrés de situaciones reales que en el pasado han derivado en el uso del aislamiento y la contención a fin de permitir a los miembros del equipo practicar cómo mantener la calma bajo tensión.
- A medida que los equipos de respuesta adquieren más experiencia práctica, con el tiempo aumenta su eficacia a la hora de calmar situaciones de conflictividad.
- Todo el personal del servicio (y no solo los miembros del equipo de respuesta) debería recibir también formación en materia de respuestas no restrictivas en situaciones de conflictividad.

El equipo de respuesta en acción

1. Antes de una potencial situación de conflictividad

- Cuando se produce una situación de conflicto, el miembro del personal que esté presente debe dar la alerta por radio, buscar personas u otros métodos al equipo de respuesta para que acudan al lugar de la situación,.
- Cuando reciben la alerta, los miembros deben dejar de hacer lo que estén haciendo y acudir a la zona.
- El equipo de respuesta debe llegar a la zona en un espacio de tiempo breve (en menos de 5 minutos).

2. Respuesta a una crisis o emergencia

- Cuando los miembros del equipo llegan, los recibe el responsable del equipo, que identifica qué medidas deben adoptarse en la situación concreta, basándose en el diálogo mantenido con las personas implicadas, la experiencia pasada en medidas eficaces, la observación personal, los planes de decisiones anticipadas y los planes individualizados (si los hay), etc.

- El personal sanitario del equipo de respuesta debe determinar si hay razones médicas subyacentes que puedan hacer que la persona se comporte o reaccione de una determinada manera y si la persona tiene alguna enfermedad previa (problemas cardíacos, historial de traumas, drogodependencia, etc.) que el equipo deba conocer.
- El responsable del equipo designa a una persona encargada de la respuesta. Esta persona debe ser un miembro del equipo que conozca a la persona implicada y mantenga la mejor relación.
- Los miembros del equipo trabajan con todas las personas implicadas para entender las circunstancias inmediatas y el trasfondo relevante que ha precipitado la situación y para identificar las posibles vías para superarla. Esto fomenta una relación basada en el conocimiento compartido que, de rebote, permitirá a los miembros del equipo entender la posición de cada persona.
- En caso necesario, uno o más miembros deberían conducir a las personas no implicadas en la situación (como el personal no esencial y otras personas usuarias del servicio) lejos de la zona.
- Los miembros del equipo de respuesta deben asegurarse de que otros miembros del personal proporcionen el apoyo necesario a las otras personas usuarias del servicio.
- Los equipos de respuesta deben adoptar medidas para tranquilizar el ambiente (reducir la iluminación potente, la contaminación acústica o ruidos estridentes, etc.) y retirar cualquier objeto potencialmente peligroso (como mobiliario o equipamiento médico).
- Los equipos de respuesta no deben abrumar a las personas implicadas ni generar más caos, por ejemplo, hablando todos a la vez o actuando con prisas o todos simultáneamente, dado que puede hacer aumentar el potencial de lesiones y trauma.
- Incluso durante una situación de conflicto, es importante tener en cuenta cómo se puede mejorar la relación entre las personas presentes, y evitar decir y hacer cosas que la puedan dificultar.

3. Una vez resuelta la situación

- Hay que llevar a cabo una revisión posterior al incidente lo antes posible, en un plazo máximo de 72 horas después del episodio.
- Los miembros del equipo de respuesta deben mantener una reunión informativa posterior al incidente para analizar su respuesta y el resultado, y determinar qué funcionó, qué no funcionó y cómo se podrían gestionar mejor algunos aspectos en el futuro si se produce una situación similar.
- Conviene que el equipo de respuesta hable con todas las personas implicadas para determinar qué piensan que condujo a la situación, qué opinan sobre cómo se gestionó y qué se podría hacer para que en el futuro no se vuelva a producir una situación parecida.

- El objetivo de esta revisión es extraer lecciones, apoyar al personal y a los usuarios del servicio y fomentar las relaciones positivas entre las personas.
- Conviene llevar a cabo una reunión informativa aparte con la persona usuaria del servicio implicada en la situación cuando se sienta preparada para ello, con el fin de entender qué condujo a la situación, cuál fue su experiencia, que le causó el malestar, a qué se debió su reacción y en qué medida cree que el equipo de respuesta respondió adecuadamente.
 - Esta sesión ofrece también la oportunidad de elaborar los planes individualizados y revisarlos.
 - Es recomendable dar a las personas implicadas la oportunidad de escribir su perspectiva personal sobre el incidente y sobre cómo se debería proceder en el futuro ante situaciones similares.
- Además, conviene llevar a cabo una revisión posterior al incidente poco después de la crisis (por ejemplo, en un plazo de tres días). Como parte de esta revisión, deben hacerse recomendaciones que subrayen las acciones que se podrían adoptar en el futuro para mejorar la capacidad del servicio de evitar y responder a situaciones de conflictividad. En su caso, los resultados de esta revisión deben compartirse con el personal y la dirección del servicio.



Ejercicio 10.1: Constituir un equipo de respuesta (20 minutos)

Este ejercicio está pensado para ayudar a los participantes a elaborar una lista de medidas que se podrían adoptar para crear un equipo de respuesta en su servicio.

Hazles las preguntas siguientes y toma nota de las ideas en la pizarra.

¿Qué se puede hacer para crear un equipo de respuesta en vuestro servicio?

- ¿Quién se podría implicar?
- ¿Cómo se podrían implicar en el equipo de respuesta personas que no formen parte del personal? (Por ejemplo, pueden estar disponibles para el servicio diariamente o pueden estar «de guardia» para acudir rápidamente.)
- ¿Cómo se podría organizar la formación del equipo?
- Si se necesita financiación, ¿cuál sería la fuente?



Ejercicio para reflexionar (10 minutos)

Este ejercicio ofrece a los participantes la oportunidad de reflexionar en más profundidad sobre todo lo que han aprendido en la formación.

A continuación, encontraréis una pregunta para reflexionar después de la sesión. Puedes escribir tu respuesta para analizarla en el tema siguiente o simplemente reflexionar sobre ella.

¿Qué puede hacer a título individual para ayudar a erradicar el aislamiento y la contención en tu servicio?

Tema 11. Acciones que se pueden emprender para erradicar el aislamiento y la contención

Duración del tema

Aproximadamente 2 horas y 15 minutos.

El objetivo de este tema es fomentar que los participantes reflexionen sobre las estrategias descritas en los temas anteriores y sobre las acciones concretas pueden adoptar en su propio contexto.



Ejercicio 11.1: Prácticas actuales para responder a situaciones de tensión y de conflictividad en el servicio (15 minutos, dispositivas)

Este breve ejercicio de debate está pensado para animar a los participantes a hablar sobre cómo se procede actualmente en su servicio (o en un servicio con el que estén familiarizados) cuando se produce una situación de conflictividad.

Plantea a los participantes la pregunta siguiente:

- ¿Cómo se gestionan actualmente en vuestro servicio las situaciones de crisis?

Deja a los participantes 15 minutos para responder.



Ejercicio 11.2: Acciones personales para eliminar el aislamiento y la contención (20 minutos)

Este ejercicio pretende animar a los participantes a debatir la aplicación de las estrategias alternativas explicadas a grandes rasgos en esta formación. El objetivo es hacer que el grupo se comprometa con la eliminación del aislamiento y la contención mediante la acción individual.

Empieza invitando a los participantes a reflexionar internamente sobre algunas acciones individuales específicas que pueden hacer para eliminar el aislamiento y la contención.

Y pregunta al grupo:

¿Cuáles son algunas de las acciones personales que podéis adoptar para erradicar el uso del aislamiento y la contención en un servicio social o de salud mental?

Pasados 5 o 10 minutos de tiempos de reflexión, invita a los participantes a compartir sus ideas con el grupo. Haz una lista con las respuestas en la pizarra. Algunos ejemplos pueden incluir, entre otros:

- Respirar antes de abordar una situación de tensión para permitirme reflexionar en lugar de abordarla con prisas.
- Si veo a alguien que tiene un comportamiento que me altera, intentar bajar el tono de voz y proyectar serenidad, amabilidad y comprensión.
- A la hora de abordar una situación tensa, pensar cómo se puede estar sintiendo la otra persona y cómo puedo responder a la situación, teniendo presentes los puntos sensibles de la persona.
- Cuando vea a un miembro del personal lidiando con una situación de tensión, ofrecerle ayuda de una manera respetuosa.
- Informar a los supervisores sobre el uso del aislamiento y de la contención.
- Hablar con otros miembros del personal sobre el tipo de estrategias que se pueden emplear para enderezar las situaciones de tensión o de conflictividad pacíficamente.
- Trabajar con las personas usuarias del servicio para entender sus necesidades, puntos sensibles y preferencias y poderse adaptar.
- Trabajar de una manera conjunta con las personas usuarias del servicio para entender cómo el entorno y las prácticas generales en el contexto del servicio se pueden mejorar para satisfacer mejor las necesidades de todos.
- Poner en cuestión las prácticas del servicio y de miembros concretos del personal que son restrictivas y no son conformes al abordaje basado en la recuperación.
- Después de resolver una situación de conflicto, hablar con todos los implicados sobre qué se hizo bien, qué no se hizo bien y qué se podría hacer mejor en el futuro. También puedo reflexionar sobre mis presuposiciones y mi conducta influenciada por la situación, y sobre cómo puedo mejorarlas en el futuro.

Una vez elaborada la lista, ayuda al grupo a seleccionar tres acciones con las que se puedan comprometer colectivamente (es decir: todo el grupo elige tres o más acciones individuales con las que se comprometen a título personal). Invita a tomar nota de estas acciones en la hoja con la tabla (véase el anexo 4).



Ejercicio 11.3: Acciones en el ámbito del servicio para erradicar el aislamiento y la contención (1 hora)

A continuación, solicita a los participantes que elaboren una lista conjunta de cuatro o cinco cambios que se han de introducir en su servicio para poner fin al uso del aislamiento y la contención. La lista debe incluir las acciones específicas que se deben adoptar para implementar estos cambios. Puedes dibujar una tabla en la pizarra (como la del ejemplo de abajo) o invitar a los participantes a escribir estos cambios en la tabla «cambios en el ámbito del servicio para erradicar el uso del aislamiento y la contención» (anexo 5).

Plantea a los participantes las siguientes preguntas:

¿Cuáles son algunos de los cambios que se pueden introducir en el servicio para eliminar el uso del aislamiento y la contención?

(Toma nota en la columna «Cambios en el ámbito del servicio»)

¿Qué acciones deben adoptarse para aplicar estos cambios?

(Tomanota en la columna «Qué se debe hacer»)

Tabla de ejemplo para dibujar en la pizarra:

Cambios en el ámbito del servicio	Qué se debe hacer
<i>Establecer una política en el servicio destinada a erradicar el uso del aislamiento y la contención</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Acción 1: convocar una reunión del personal y las personas usuarias para empezar a esbozar la política del servicio para erradicar el aislamiento y la contención</i> ○ <i>Acción 2: etc.</i>
<i>Todo el personal debe tener capacidades para evitar y gestionar las situaciones de conflictividad</i>	<p><i>Acción 1: hacer sesiones de formación para todo el personal sobre estrategias para evitar y abordar situaciones de crisis</i></p> <p><i>Acción 2: etc.</i></p>



Presentación: Acciones en el ámbito del servicio para erradicar el aislamiento y la contención (20 minutos)

Para resumir los debates del ejercicio previo, muestra a los participantes esta breve presentación.

Tal y como hemos visto en el ejercicio anterior, se pueden emprender acciones para erradicar el uso del aislamiento y la contención, tanto a título individual como en el ámbito del servicio, mediante la introducción de cambios culturales y en las políticas del servicio.

Entre los ejemplos de acciones que se pueden llevar a cabo en el ámbito del servicio están, entre otras:

- Establecer una política en el servicio destinada a erradicar el uso del aislamiento y la contención.
- Establecer una política en el servicio para garantizar que el personal no se considere responsable o culpable cuando se producen accidentes si han seguido todas las estrategias, los procedimientos y los protocolos no restrictivos adecuados.
 - A menudo, el personal se resiste a encontrar alternativas al aislamiento y la contención porque teme que se le considerará responsable de los posibles daños y podría perder el trabajo. Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención.
- Formar a todo el personal en abordajes basados en la información sobre los traumas y prácticas orientadas a la recuperación.
- Formar a todo el personal sobre cómo se pueden evitar las situaciones de tensión y de conflictividad, y cómo se puede responder a ello.
- Evaluar y revisar con el personal qué funciona y qué no funciona en la gestión de las situaciones de conflictividad.
- Instalar una sala de bienestar en el servicio.
- Revisar y analizar con regularidad los datos recopilados sobre el uso del aislamiento y la contención.

Programa de reducción del aislamiento y la contención en el sistema hospitalario del estado de Pensilvania (36, 37, 55, 56)

En la década de 1990, el Departamento de Bienestar Público de Pensilvania instituyó un programa activo para reducir y, en última instancia, eliminar el aislamiento y la contención en los centros de salud mental y psiquiátricos. Hace años que no se practica el aislamiento en ninguno de los hospitales y se aplica un abordaje de contención cero.

El programa se hizo efectivo mediante una combinación de formación, supervisión, revisión de las políticas, cambio cultural, transparencia de los datos, uso de equipos de respuesta y adopción de un abordaje basado en la recuperación en los servicios sociales y de salud mental.

Los estudios que evaluaron el impacto del programa entre 2001 y 2010 demostraron una reducción significativa en el uso del aislamiento y de la contención durante este periodo en todo el estado. En el periodo comprendido por el estudio, el uso de medicación no programada como indicador del uso de la contención farmacológica también disminuyó. Además, en contra de lo que se temía, no aumentaron los ataques al personal; en determinados casos, el número de ataques al personal incluso disminuyó.

Al final de la presentación, proyecta el vídeo siguiente No Force First («Primero, sin recurrir a la fuerza»), un programa de reducción de las medidas restrictivas implementado en el Reino Unido. No force first, Mersey Care NHS Trust (7:15)

<https://youtu.be/sCNdpDK3V3g> [consulta: 9 de abril de 2019]



Presentación: Conclusiones (10 minutos)

Pregunta a los participantes:

¿Cuáles son los tres puntos fundamentales que habéis aprendido con esta formación?

Después de formular esta pregunta, da a los participantes los mensajes siguientes para que los recuerden.

- El aislamiento y la contención son vulneraciones de los derechos humanos y son nocivas.
- Hay muchas estrategias para prevenir y responder adecuadamente a las situaciones de tensión y de conflicto sin recurrir al aislamiento y a la contención.
- Todo el mundo tiene alguna cosa que aportar para acabar con el aislamiento y la contención.
- Poner fin a estas prácticas va en beneficio de todos.

Referencias

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/system/files/userfiles/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf> [consulta: 18 de noviembre de 2018].
2. Pennsylvania Recovery Workgroup. Pennsylvania Medicaid Funded Peer Support Services. Pennsylvania (PA): Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services (OMHSAS); 2004. Disponible en: http://164.156.7.185/parecovery/services_peer.shtml [consulta: 13 de febrero de 2017].
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993;16(4):11-23. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. Disponible en: [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint for mental health services.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint%20for%20mental%20health%20services.pdf) [consulta: 18 de enero de 2019].
5. Morrison L, Duryea PB, Moore C, Nathan-Shinn A. The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation. Oakland (CA): Protection & Advocacy, Inc.; 2002. Disponible en: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
6. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. Londres: Mind; 2013. Disponible en: https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
7. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-7. Epub June 2003. Disponible en: doi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304800509>.
8. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53), Para. 63. Ginebra: United Nations; 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
9. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53), Para. 78. Ginebra: United Nations; 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [consulta: 2 de febrero de 2017].
10. Cusack P. Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry*. 2016; 46:2026.
11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416-27. Disponible en: doi: 10.1111/j.14470349.2010.00694.x.

12. Mellow A, Tickle A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*. 2017; 22(1):1–15. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007>.
13. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011; 62(5):477–83. Epub 1 May 2011. Disponible en: doi: http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477.
14. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2011. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
15. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE*. 2016; 11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
16. Ashcraft L, Anthony WA, Jaccard S. Rein in seclusion and restraints. They are not compatible with recovery-oriented services. Malvern (PA): Behavioural Healthcare; 2008. Disponible en: <http://www.behavioral.net/article/rein-seclusion-and-restraints> [consulta: 14 de febrero de 2017].
17. Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012; 109(3):27-32. Epub 20 January 2012. Disponible en doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>.
18. Haimowitz S, Urff J, Huckshorn KA. Seclusion and restraint reduction: a risk management guide. Rochester (NH): The National Empowerment Center; 2006. Disponible en: <https://www.power2u.org/downloads/R-S%20Risk%20Manag%20Guide%20Oct%2006.pdf>, [consulta: 14 de febrero de 2017].
19. Duxbury J, Wright K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Londres: Nursing Times*; 7 March 2011. Disponible en: <https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/-shouldnurses-restrain-violent-and-aggressive-patients/5026793.article> [consulta: 14 de febrero de 2017].
20. Duxbury JA. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015; 22(2):92-101. Epub 26 February 2015. Disponible en doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>.
21. Shalev S. A sourcebook on solitary confinement (London: Mannheim Centre for Criminology; 2008: 15-17); and Scharff Smith P. The effects of solitary confinement on prison inmates: a brief history and review of the literature (*Crime and Justice*, vol. 34. 2006:441). En: Interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 5 August 2011 (A/66/268) Para. 78. Nueva York (NY): United Nations; 2011. Disponible en: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement> [consulta: 14 de febrero de 2017].
22. Sentinel event alert, Preventing restraint deaths. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 1998. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
23. Correll C. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47:9-20.

24. Szmulewicz A, Samamé C, Caravotta P, Martino DJ, Igoa A, Hidalgo-Mazzei D, et al. Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *Int J Bipolar Disord.* 2016; 4:1-12. Disponible en: doi: [10.1186/s40345016-0047-3].
25. Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing.* 2017;1(46):688-93. Disponible en: doi: 10.1093/ageing/afw246.
26. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Med Sci Law.* 2012; 52(3):137-42. Epub 15 February 2012. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011101>.
27. Windfuhr K, Turnbull P, While D, Swinson N, Mehta H, Hadfield K, et al. The incidence and associated risk factors for sudden unexplained death in psychiatric in-patients in England and Wales. *J Psychopharmacol.* 2011; 25(11):1533-42. Disponible en: doi: 10.1177/02698811110379288.
28. Weiss EM. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report (October 11-15). Hartford (CT): Hartford Courant; 1998. Disponible en: <http://www.charlydmiller.com/LIB05/1998hartfordcourant11.html> [consulta: 3 de febrero de 2019].
29. Erwadi fire tragedy victims remembered. *Madurai: The Hindu*; 7 August 2012. Disponible en: <http://www.thehindu.com/news/cities/Madurai/erwadi-fire-tragedy-victimsremembered/article3737418.ece> [consulta: 14 de febrero de 2017].
30. Fire in Russian psychiatric hospital that killed 38 stirs anger over State's neglect. *Nueva York (NY): New York Times*; 26 April 2013. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2013/04/27/world/europe/fire-at-russian-psychiatric-hospital.html> [consulta: 14 de febrero de 2017].
31. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in pre-crisis and crisis situations. *J Psychiatric Services.* 2008; 59(12):1376-8. Epub 13 January 2015. Disponible en: doi: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.12.1376>.
32. Roadmap to seclusion- and restraint-free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible en: (http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296) [consulta: 14 de febrero de 2017].
33. Holloman GH, Zeller SL. Overview of project BETA. Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med.* 2012; 13(1):1-2. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>.
34. Stephen S. Perspectives from the field: Legal and regulatory aspects of seclusion and restraint in mental health settings. *Networks.* Summer/Fall 2002; 8(12):3-4.
35. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics.* 2008; 26(5):325-30. Disponible en: doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979699>.
36. Smith GM, Ashbridge DM, Altenor A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services

- centers: 2001-2010. *Psychiatr Serv.* 2015; 66(12):1326-32. Epub 1 December 2015. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>.
37. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv.* 2015;66(3):303-9. Epub 1 March 2015. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.
 38. Sanders K. The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intellect Disabil.* 2009; 22(2):216-20. Epub 8 February 2009. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>.
 39. Davidow S. *Mind the gap: the space between alternatives & force.* Cambridge (MA): Mad in America; 11 December 2013. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/2013/12/mind-gap-spacealternatives-force/> [consulta: 9 de febrero de 2017].
 40. Wand T. Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues Ment Health Nurs.* 2012; 33(1):2-7. Epub 6 January 2012. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.616984>.
 41. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007; 58(2):140-9. Epub 19 April 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>.
 42. McFarlane AC, Schrader GD, Bookless C. *The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill.* Adelaide: University of Adelaide; 2004. Disponible en: <http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/200203-16.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
 43. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness, comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(8):911-21. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.8.911>.
 44. *Another assault: Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems.* London: Mind; 2007. Disponible en: <https://www.mind.org.uk/media/273466/another-assault.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
 45. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012; 379(9826):1621-9. Epub 27 February 2012. Disponible en: doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5).
 46. Covington SS. *Beyond violence: A prevention program for criminal justice-involved women. Participant workbook.* Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
 47. Ray MK, Rae S. *No audit: Reflect to reframe in power to empower lies beyond binaries.* Cambridge: PROMISE: PROactive Management of Integrated Services & Environments; 2016. Disponible en: http://www.promise.global/2016_01_29_sp_no_audit.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
 48. Bluebird G. *Comfort rooms.* Gainesville (FL): National Association of State Mental Health Program directores; 2009. Disponible en: <https://www.power2u.org/downloads/ComfortRooms4-23-09.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].

49. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010; 48(6):26-30. Epub 1 June 2010. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>.
50. Office of the Senior Practitioner. Positive solutions in practice: from seclusion to solutions, Issue No. 2. Melbourne: State Government Victoria, Department of Human Services; 2007. Disponible en: http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/606920/osp_positivesolutionsseclusion_pdf_231007.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
51. El-Mallakh RS, Whiteley A, Wozniak T, Ashby M, Brown S, Colbert-Trowel D, et al. Waiting-room crowding and agitation in a dedicated psychiatric emergency service. *Ann Clin Psychiatry.* 2012; 24(2):140-2.
52. Zun LS, Downey L. The use of seclusion in emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005; 27(5):365-71. Epub 15 September 2005. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.001>.
53. Downey LA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(6):470-4. Epub 20 November 2007. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.006>.
54. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 Commandments for safety. *Curr Psychiatr.* 2002;1(4):32-9. Epub April 2002. Disponible en: doi: <http://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/66121/calming-agitation-words-notdrugs-10-commandments-safety>.
55. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(9):1115-22. Epub 1 September 2005. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>.
56. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. State hospital risk management summary reports. Harrisburg (PA): Pennsylvania Department of Human Services; 2017. Disponible en: http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#.V1V_bfI9672 [consulta: 13 de febrero de 2017].
57. Smith GM. Response training programs: PERT training. Shutesbury (MA): Response trainings; 2011. Disponible en: www.youtube.com/watch?v=kRC4W6iGHlg [consulta: 14 de febrero de 2017].
58. Hughes R (editor). Rights, risk and restraint-free care of older people: person-centred approaches in health and social care. London & Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers, 2010.

Anexos

Anexo 1. Casos

Tema 4. Ejercicio 4.2: ¿Es posible cambiar el curso de los acontecimientos que conducen al uso del aislamiento y de las contenciones?

Tom vive en una residencia de los servicios sociales para personas con demencia. Quiere hacer una llamada telefónica a su hermana y necesita obtener una tarjeta telefónica de la enfermera para hacerla. La enfermera le dice que atenderá a su petición al cabo de un rato porque ahora está muy ocupada.

Como la enfermera está desbordada de trabajo, Tom debe esperar durante más de una hora. Cada vez se agita más y termina golpeando enfadado la puerta de la enfermería. La enfermera le pide que «se calme», lo cual solo agrava la sensación de frustración de Tom.

Entonces la enfermera le responde: «Si te continúas comportando así, no te voy a permitir hacer la llamada telefónica.»

Tom arranca a andar arriba y abajo del pasillo, cada vez más agitado, y empieza a dar patadas a la puerta y a insultar al personal que pasa por su lado.

La agitación de Tom hace que le acaben aplicando medidas de contención mecánica y farmacológica. El personal justifica esta actuación como necesaria para velar por la seguridad de Tom y de los demás pacientes.

Tema 4. Ejercicio 4.2: ¿Es posible cambiar el curso de los acontecimientos que conducen al uso del aislamiento y de las contenciones?

Fátima es una estudiante universitaria de primer año de carrera y comparte piso con otros estudiantes. Sufre falta de sueño porque ha estado estudiando muchas horas para aprobar los exámenes. La perspectiva de suspender le provoca una angustia creciente.

Acude al médico del centro de atención primaria para hablar de sus problemas de sueño. También explica que tiene dolores de estómago y ataques de pánico, y que cada vez le resulta más difícil levantarse por la mañana.

El médico la deriva a un psicólogo, pero, como su situación no se considera prioritaria en comparación con la de otras personas, le dan hora para dentro tres semanas.

Cuando llega el día de la visita, Fátima ya se encuentra muy mal, cada vez está más nerviosa y agitada. No se presenta a la visita con el psicólogo, pero nadie le hace ningún seguimiento.

Un día, sus compañeros de piso, preocupados, llaman a la policía porque Fátima no les deja entrar en su casa y no responde a sus llamadas telefónicas. Tienen miedo de que tenga ideas suicidas o se pueda lesionar si nadie consigue entrar.

La policía llega y echa la puerta abajo. Se produce una trifulca entre Fátima y los agentes de policía y Fátima acaba siendo inmovilizada e ingresada involuntariamente en un servicio de salud mental.

Tema 5. Ejercicio 5.3: Responder a los puntos sensibles y los signos de malestar, Susan

Susan es una mujer joven con un diagnóstico de trastorno bipolar y un historial de abusos sexuales. La han llevado en ambulancia y la han ingresado en un servicio en el que trabaja como profesional de la salud mental porque hace días que no duerme y se nota con una energía excesiva, intranquila e irritada con todo el que le rodea. Durante el proceso de ingreso ha aceptado permanecer allí internada durante unos días. Explica que cuando se siente así la asustan los lugares cerrados. Las ocasiones anteriores en que Susan ha sido usuaria del servicio el personal relata que a menudo se siente alterada antes de irse a dormir. Se tapa los oídos con las manos, deja de escuchar y, a veces, habla con agresividad al personal y a otros usuarios. El servicio tiene la norma de que todo el mundo debe estar en su habitación a las 21 horas y, a partir de esta hora, las personas usuarias no tienen acceso a los espacios exteriores comunes (como la sala de televisión).

Tema 5. Ejercicio 5.3: Responder a los puntos sensibles y los signos de malestar, Abdu

Abdu es un hombre de 68 años con diagnóstico de demencia. Le cuesta sostenerse en pie y tiene tendencia a caerse. Le gusta pasear por los pasillos y los jardines de la residencia y no le gusta que le digan que no es seguro andar sin ayuda. Cuando lo hacen, grita y golpea a la persona que le impide hacer lo que quiere. También grita al personal y camina con gesto frustrado.

Anexo 2. Citas de personas que han sufrido experiencias de aislamiento y de contención^(1,2,3)

El gran problema que tengo con las contenciones es que te sientes vulnerable y comienzas a pensar en cosas extrañas, como que te quieren hacer daño, sobre todo el personal. Como las leyes les piden que te controlen, siempre los ves mirándote fijamente por la ventana mientras estás extendido en el suelo, ¿sabes?, y da miedo. Da mucho miedo.

—Hombre

Cuando era adolescente, tenía 12 años, me ingresaron en una unidad psiquiátrica para adolescentes. Me internaron por malos tratos y durante toda la estancia me tuvieron encerrada en una sala que llamábamos celda de aislamiento. Me dejaron allí, desnuda, y me obligaron a estar allí durante cinco horas porque me negaba a mirar un vídeo de abusos sexuales. En lugar de dejarme estar en mi habitación y hablar con mi enfermera de entonces, dijeron que si no seguía las normas debían meterme allí.

—Mujer que sufrió aislamiento y contención cuando era adolescente

He sido recluida unas siete veces. Entre siete y ocho personas me inmovilizaban en el suelo; otras veces me inmovilizaban menos personas. Es muy degradante, porque cuando te meten allí, aunque seas una niña o una mujer, te dejan sola en ropa interior y una bata de papel y un colchón pelado.

—Mujer

El miedo es muy malo. Eres vulnerable. La sala de aislamiento a veces se utiliza como castigo, no como terapia. No creo que tratar a alguien como un animal se pueda considerar una terapia. Creo que muchos miembros del personal tienen miedo de los pacientes. Y reaccionan a este miedo controlando a los pacientes, en vez de intentar tratarlos.

—Hombre

Y también aplican contenciones; verdaderamente, parecen sádicos. Te mantienen con las piernas y los brazos abiertos y no te puedes mover. Ni siquiera te circula la sangre. No puedes hacer nada. Y cuando lo hacen boca abajo, no puedes ni respirar. Y el instinto humano cuando te inmovilizan es ponerte derecho, por lo que no dejas de luchar para liberarte.

—Hombre

He oído hablar de personas que intentan liberar los pies cuando las inmovilizan y terminan lesionadas. Yo no lo he probado nunca: tengo los pies demasiado grandes y me daba miedo perderlos.

¹ Roadmap to seclusion- and restraint-free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. Disponible en: http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296 [consulta: 14 de febrero de 2017]. **L'enllaç no funciona**

² Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. Londres: Mind, 2013. Disponible en: https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017]. **L'enllaç no funciona**

³ Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. Nueva York (NY): Human Rights Watch, 2016. Disponible en: <https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia> [consulta: 4 de abril de 2019].

—Hombre

Normalmente acababa autolesionándome más por lo que me habían hecho, no menos.

—Mujer

Me decían que cuando me relajara, me soltarían. Mientras tanto, estás desnuda sobre la cama, atada con correas, con la puerta abierta, y aun así se preguntan por qué no te tranquilizas.

—Mujer que sufrió medidas de contención y aislamiento cuando era una adolescente

Y la sala de aislamiento es lo mismo, pero con gente mirándote. No dejan de mirarte, con aquellos ojos vidriosos que tienen. Da mucho miedo, mucho miedo.

—Hombre

Después de abrir la cerradura y arrastrarme allí dentro, me dijeron: «No puedes quedarte con la ropa por motivos de seguridad». Y me obligaron a desnudarme. Y no dejaron de grabarme en vídeo en ningún momento. Para una chica que se siente incómoda y que está allí por temas de violencia doméstica, lo único que lograron fue intensificar mi odio.

—Mujer que sufrió medidas de contención y aislamiento cuando era una adolescente

Sé que me hizo tener aún más miedo. Estaba allí para recibir ayuda, para no autolesionarme más y convertirme en una mejor persona. Pero solo consiguieron aumentar mi enfado, no me ayudaron en nada.

—Mujer

En casa solían atarme con una cuerda de plástico. Se me rompió el corazón cuando me encadenaron... Me encadenaron la primera vez que vine [a Galuh]. Me encadenan menudo, al menos diez veces desde que llegué, porque me peleo con los demás. Puedo estar entre un día y una semana. Tenía que hacer mis necesidades allí mismo, en la cloaca de la habitación. El personal a menudo me da una bofetada y me golpea; lo han hecho tres veces porque me meé encima y se enfadaron. Dile al gobierno que quiero irme a casa.

—Hombre indonesio

Me llaman por el nombre, me ponen los medicamentos en la mano y me dicen que me los tome con agua... no me permiten negarme.

—Wuri, mujer con una discapacidad psicosocial que vive en un centro de rehabilitación

Me hacen tragar los medicamentos y, si no lo hago, me meten en la sala de aislamiento.

—Mujer indonesia

Anexo 4. Acciones personales para erradicar el aislamiento y la contención

(Se pueden añadir más filas en la tabla si es necesario)

Acciones personales para erradicar el aislamiento y la contención en mi servicio
<i>Por ejemplo: trabajar con las personas usuarias del servicio en la elaboración de planes individualizados</i>
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Anexo 5. Cambios en el ámbito del servicio para erradicar el uso del aislamiento y la contención

Cambios en el ámbito del servicio	Acciones a emprender
<i>P. ej. Desarrollar una política de servicios destinada a erradicar el uso del aislamiento y la contención.</i>	<i>P. ej. Acción 1: Tener una reunión con el personal y las personas usuarias del servicio para iniciar la elaboración de una política de servicio destinada a erradicar el aislamiento y la contención</i> <i>Acción 2: etc.</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud se centran en las aptitudes y los conocimientos necesarios para proporcionar servicios sociales y de salud mental, y apoyos de buena calidad, y buscan promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Mediante ejercicios, presentaciones, estudios de casos y extensos debates y coloquios, **los módulos de formación QualityRights** ponen de manifiesto algunos de los retos críticos a los que tienen que hacer frente las partes implicadas en diferentes países de todo el mundo. Por ejemplo:

- ¿Cómo respetamos la voluntad y las preferencias de las personas, incluso en situaciones difíciles?
- ¿Cómo garantizamos la seguridad de las personas y a la vez respetamos el derecho de cada persona a decidir sobre su tratamiento, su vida y su destino?
- ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y la contención?
- ¿Cómo funciona el abordaje basado en el apoyo la toma de decisiones si alguien no puede comunicar su voluntad?

Los **módulos de orientación de la iniciativa QualityRights** complementan el material de formación. Los módulos de orientación *Organizaciones de la sociedad civil* y *La defensa de la salud mental* explican, paso a paso, qué pueden hacer los movimientos de la sociedad civil de diferentes países de todo el mundo para impulsar abordajes basados en los derechos humanos en el sector de los servicios sociales y de salud mental para conseguir un cambio impactante y duradero. Los módulos de orientación *Apoyo individualizado entre iguales* y *Grupos de apoyo entre iguales* proporcionan una orientación concreta sobre cómo crear y dirigir eficazmente estos servicios tan cruciales, pero que a menudo no se tienen en cuenta.