



Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,
Miembro de la World Federation for the Mental Health,
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

La ACN y el protocolo de contención mecánica en Salud Mental de Canarias del Servicio de la Dirección General de Programas Asistenciales

Una vez evaluado y analizado por la Junta Directiva de la ACN quisiéramos agradecerles la consulta y participación en la revisión del Protocolo en su fase de audiencia y emitimos el siguiente informe y propuestas:

Es conocido que las medidas coercitivas merman la dignidad de las personas objeto de las mismas. En algunos casos, les obligan a re-experimentar experiencias traumáticas vividas en el pasado. Adicionalmente, los pacientes experimentan un estado de malestar emocional y psíquico cuando son sometidos a estas condiciones y en los relatos de los propios pacientes sobre las emociones experimentadas en situación de contención mecánica se describen sentimientos de humillación, miedo, deshumanización, aislamiento y temor a ser ignorado. Suponen situaciones psicológicamente traumatizantes que dejan una huella en estas personas y que condicionarán de manera definitiva la relación con los equipos sanitarios que mantengan en el futuro. Hay evidencias descritas, sobre su impacto en la morbimortalidad. Su uso, por lo tanto, tiene que estar en el marco del artículo 15 de la Constitución "derecho a la integridad física y el artículo 17 de la Constitución "derecho a la libertad". La naturaleza no coercitiva frente a la naturaleza involuntaria coercitiva de la relación favorece una mejor experiencia de admisión, una mayor satisfacción del usuario del servicio y menos experiencias negativas,

Algunos estudios identifican la insatisfacción de los usuarios del servicio con los servicios que han utilizado en el pasado, como un indicador de la probabilidad de rechazo del tratamiento y algunas pruebas nos indican que una mayor satisfacción con el tratamiento previo parece "reducir notablemente el riesgo de detención civil.

Nos parece que un protocolo por sí mismo, sea cual fuese, será incapaz de reducir significativamente las contenciones mecánicas, si el mismo no se la acompaña de una serie de medidas y acciones que proponemos en nuestras conclusiones. Por ello, *no solo se trataría de humanizar las intervenciones*

duras, sino que cualquier medida debe colocarse en la estrategia de liderar con decisión, un movimiento hacia la “contención cero” y poner en valor los derechos humanos en todos los servicios de salud mental de nuestra comunidad.

Se reconoce en la literatura que la coerción se relaciona con los recursos, la organización de la atención y la competencia individual de los miembros del personal.

Plan de Acción para la contención cero, gestión de calidad, y agentes externos Evaluación

Para ello, hay tres condiciones imprescindibles, que debe formar de un plan integral que debe acompañar y anunciarse en cualquier protocolo de contención mecánica (CM). Estas condiciones serían: **1) Un plan de acción** sobre medidas alternativas en la comunidad para diferentes niveles de apoyo en situación crítica, **2) una gestión de calidad de cualquier protocolo** o de cualquier derecho que pueda ser vulnerado, con sus propios indicadores y, **3) la presencia de agentes externos** en los mecanismos evaluativos claros, en la implementación y seguimiento.

En este sentido, la ACN fundamenta sus propuestas, considerando que la coacción no es causa sino consecuencia de deficiencias en las estructuras, en los procesos y resultados de las políticas y organización y gestión de los servicios. Contemplar la contención mecánica solo como consecuencia de un manejo no adecuado de procedimiento no se coloca en la dirección de la ‘contención cero’, o al menos, valoramos como muy insuficiente.

Llamamos la atención en el sentido que NO consideramos “las técnicas y servicios coercitivos como tratamientos” como bien recoge “Manifiesto de Cartagena por unos Servicios de Salud Mental Respetuosos con los Derechos Humanos y Libres de Coerción” auspiciado por La Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Confederación Salud Mental España, la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en Primera Persona, y la Federación Catalana de d’Entitats de Salud Mental en 1era Persona.

Por lo general, las personas terminan en entornos hospitalarios o instalaciones psiquiátricas de corta, media o larga estancia cuando se encuentran en crisis extremas, lo que podría exacerbarse cuando hay una ausencia de servicios de resolución de crisis no hospitalarios alternativos o de relevo, abiertos a personas que necesitan diversos niveles de apoyo. Una vez más, satisfacer mejor las necesidades de apoyo de las personas, además de ser valioso en sí mismo, probablemente ayude a prevenir, reducir o poner fin a las intervenciones coercitiva. Además, muchas veces las contenciones que se producen en los servicios, es por deficiencias vinculadas a la no disposición de lugares apropiados para el acto sanitario, por déficit de personal especializado, y de organización del sistema de los servicios de apoyo. En este sentido, la persona es el foco y centro del sistema de atención. Debemos seguir las recomendaciones -asumidas por nuestras instituciones- de los organismos de las Naciones Unidas que promueven la "toma de decisiones con apoyo" como la respuesta preferida para las personas que son sujeto a intervenciones psiquiátricas forzadas. El ACNUDH (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) se refiere a la toma de decisiones con apoyo simplemente como "el proceso mediante el cual una persona con discapacidad puede tomar y comunicar decisiones con respecto a asuntos personales o legales".

En este sentido, las recomendaciones de la OMS, nos podría orientar, aunque son medidas insuficientes en el sentido señalado, que se resumen en la siguiente tabla 1

<p>Tabla 1. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las medidas de aislamiento y contención</p> <p>(Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Calidad y Derechos de La OMS. (Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina U de C, ed.). Chile; 2015.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios no son sometidos a aislamiento o a contención, sino que se implementan alternativas en el establecimiento y el personal está capacitado en técnicas para atenuar la escalada
<ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo una evaluación de atenuación de la escalada consultando al usuario con el objetivo de identificar los detonantes de la escalada y los factores que el usuario considera que consiguen disminuir su crisis y determina cuáles son los métodos preferidos de intervención en crisis.
<ul style="list-style-type: none"> • Los métodos preferidos de intervención identificados por el usuario se integran en el plan individual de recuperación del usuario.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Se registra cualquier caso de aislamiento o contención y se informa al director del establecimiento, así como al organismo externo pertinente. |
| <ul style="list-style-type: none">• El uso de medidas coercitivas, como la hospitalización involuntaria o la contención física puede causar trauma en personas que ya son vulnerables. Por ello, se establecen medidas de prevención que eviten su uso, hasta el punto de poder considerarlo como una medida extrema que siempre se tendría que evitar. |

Entre las medidas que se orientan para promover las prácticas que garanticen más los Derechos de las Personas con Discapacidad se encuentran:

- a. Promover una cultura del trabajo orientada a la no coerción, apelar a la humanidad y empatía delante de las decisiones que suponen coerción.
- b. Fomentar en las profesionales técnicas de atenuación o desescalada de crisis, técnicas de análisis del episodio, técnicas de acogimiento en la hospitalización y evaluación precoz de los riesgos, así como la generación de un ambiente terapéutico que genere confianza y tranquilidad.
- c. Facilitar la máxima participación de los usuarios tanto en el análisis de las situaciones de agitación como en episodios o medidas de coerción.
- d. Crear un ambiente no punitivo de la utilización de las medidas coercitivas, tratando que exista un debate abierto y continuo de los episodios que suceden y de la identificación de aspectos que los eviten en el futuro.
- e. Disponer de habitaciones tranquilas, sensoriales y de confort para las personas que se sientan agitadas o estresadas.
- f. Posibilitar vías para la denuncia y la reclamación de las situaciones de abuso.

Así mismo, no somos ajenos a que la EPA publicó una guía sobre Garantía de Calidad en Salud Mental (EPA position paper. United Nations convention on the rights of persons with disabilities needs to be interpreted on the basis of scientific evidence regarding psychiatry. Eur Psychiatry. 2018;51:87-9.) en la que señalaba que el tratamiento obligatorio es un asunto ético y clínicamente polémico, que puede interferir negativamente sobre la relación terapéutica, por lo que debe reducirse al máximo posible. En la guía se formulan una serie de recomendaciones para garantizar la calidad de la asistencia a las personas con trastornos mentales que se categorizan en (1) estructurales, (2) de proceso, y (3) de resultados.

La recomendación 6ª de las estructurales (Grado de recomendación B) hace hincapié en la necesidad de dotar de estructuras que permitan reducir el uso de medidas coercitivas en las unidades de hospitalización de psiquiatría, tales como aumentar la ratio equipo terapéutico/pacientes, desarrollar equipos de emergencia psiquiátrica, y facilitar la formación de los profesionales y la monitorización de los episodios de contención. En 2017, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)(National Institute for Health and Care Excellence. Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems. Quality standard. Published: 29 June 2017. nice.org.uk/guidance/qs154.) propone el uso de las decisiones anticipadas como una medida para minimizar el daño o malestar potencial cuando finalmente las medidas de contención son necesarias.

Asimismo, será de obligado cumplimiento el proporcionar información sobre el hecho al propio paciente, independientemente de su capacidad, y a la autoridad competente. También debería informarse a la familia o representante legal si lo hubiera. Por su parte, las autoridades sanitarias deberían proporcionar los medios adecuados, tanto físicos como de personal y de formación en todo el contexto sanitario, para facilitar idénticas garantías de seguridad de las personas mediante el uso de estrategias terapéuticas menos coercitivas.

Se debe favorecer las técnicas de desescalada. Son intervenciones dirigidas a manejar a un paciente con calma, con el objetivo de comprender, manejar y resolver sus problemas para así prevenir la violencia, interrumpiendo el ciclo de la agresión. Mediante un “enfriamiento” de la situación, se trata de lograr que el paciente desarrolle su propio locus de control interno. Si resultan efectivas, pueden ayudar a reducir el uso de la contención en entornos psiquiátricos. Estas técnicas se deben utilizar siempre en casos de riesgo leve-moderada para intentar evitar el uso de la contención física. Más de una docena de estudios han discutido las técnicas de desescalada en entornos hospitalarios, considerando su efectividad o la necesidad de capacitación del personal en técnicas de desescalada. Long y sus colegas encontraron que el personal informó positivamente sobre la capacitación de la sala y el uso de técnicas de desescalamiento, argumentando que era el factor más efectivo en su exitosa reducción de la reclusión. El personal asistió a sesiones de capacitación semanales de una hora utilizando ejemplos de casos de sala sobre cómo manejar el riesgo mediante "estrategias relacionales no invasivas"

Siempre debería resaltarse lo que no se debería hacer:

1. Negarse a escuchar o interrumpir el discurso del paciente.
2. Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
3. Elevar el tono de voz para “hacerse oír”.
4. Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
5. Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Sonreír o hacer comentarios graciosos.
6. Discutir con el paciente o amenazarle.
7. Retar al paciente. Mirarle fijamente.
8. Invadir el espacio personal puesto que una persona agresiva puede sentir la invasión de su espacio como amenazante.
9. Minimizar o no tener en cuenta los sentimientos de la persona

Plan de acción

Por lo tanto, debería tenerse en cuenta el **desarrollo de programas alternativos comunitarios e intensivos al ingreso hospitalario**

El desarrollo de dispositivos alternativos a la hospitalización de pacientes de corta estancia, como son los programas de hospitalización psiquiátrica domiciliaria o la propia hospitalización parcial para pacientes con bajo riesgo conductual, pueden disminuir las tasas poblacionales de ingreso y la necesidad de camas psiquiátricas de agudos. Adicionalmente, es evidente que el desarrollo de programas de psiquiatría comunitaria (gestión individualizada de casos de pacientes con trastorno mental grave o programas de atención asertiva comunitaria) también pueden contribuir a una reducción de la necesidad de hospitalización completa convencional. En las propuestas recogemos unas diversidades de recursos en la comunidad, en base a la experiencia acumulada en otros lugares, podrían ser tomados de ejemplos de acuerdo a nuestras especificidades.

Estos soportes de apoyo comunitario serían:

- Las casas resolución de crisis
- Casas de crisis o de relevo 'gestionadas por pares'
- Los refugios seguros
- Apoyos en el hogar y Residencia comunitaria terapéutica
- Contención desde los centros comunitarios de salud mental (como ocurre en Trieste)
- Las Familias de acogida
- 'Vivienda Primero (Housing First)'

Y, por último, habría que considerar los factores sociales y económicos de la población de referencia, que también tienen incidencia sobre las necesidades de atención aguda de los pacientes psiquiátricos que sufren una descompensación clínica.

Gestión de la calidad

La gestión de la calidad de un procedimiento de riesgo como la CM, exige la realización de registros que documenten todo el procedimiento y que permitan el análisis periódico de los resultados cualitativos y cuantitativos. Disponer de un panel de indicadores básicos para gestionar el proceso de CM es necesario para poder aplicar estrategias de mejora orientadas a reducir y eliminar su

utilización en lo posible, limitándola a las indicaciones precisas en las que otras medidas han fracasado o no son posibles. Estos indicadores de CM también deben permitir la monitorización de las condiciones en las que se aplica, para asegurar que son las más adecuadas desde diversos puntos de vista y que tienen la menor duración posible.

Se propone un panel básico de indicadores de CM a partir de los que se describen en los protocolos revisados de diferentes centros y organismos. Los criterios utilizados para su selección son los de relevancia y viabilidad práctica. Estos indicadores son necesarios para facilitar el seguimiento regular de este procedimiento en cada ámbito, unidad o centro, como se hace en cualquier otro procedimiento que comporta riesgos para el paciente o para los propios profesionales que prestan. La propuesta de indicadores básicos para la gestión de la CM se limita únicamente a cuatro indicadores, definidos en la Tabla 2.

Tabla 2 Indicadores básicos de gestión de la contención mecánica.

1. Tasa de Contención Mecánica (CM): porcentaje de pacientes que requieren CM en el periodo evaluado	Observaciones
<p style="text-align: center;">Fórmula:</p> $\frac{\text{Número de pacientes que han requerido CM en un periodo determinado (mensual, trimestral, anual)} \times 100}{\text{Número de pacientes totales en el mismo periodo}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Se calcula para un periodo determinado (mes/trimestre/año) • Facilita información indirecta sobre la gravedad de los pacientes atendidos, así como de la gestión de riesgos realizada en la unidad/centro evaluado • Permite comparar la evolución de un centro y comparar con centros de similares características

<p>2. Tiempo medio de CM (en horas)</p>	<p>Observaciones</p>
<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Tiempo total de CM de todos los pacientes (horas al mes, trimestre, año)}}{\text{Número total de pacientes en contención (mes, trimestre, año)}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona información directa sobre el tiempo medio de CM e indirectamente sobre el seguimiento y las intervenciones que se realizan durante la contención para retirarlas lo antes posible. A menor tiempo medio de contención más eficiente serán las intervenciones para reducirlas.
<p>3. Tasa de episodios de CM: porcentaje de episodios de CM en relación con las estancias total.</p>	<p>Observaciones</p>
<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Número de episodios de CM} \times 100}{\text{Número de estancias totales (superiores a 24h)}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Se calcula para un periodo determinado (mes/trimestre/año) • Facilita información indirecta sobre la gravedad de los pacientes atendidos, así como de la gestión de riesgos realizada en la unidad/centro evaluado

<p>4. Tasa de pacientes en CM que sufren un efecto adverso derivado de la misma</p>	<p>Observaciones</p>
<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Número de eventos adversos debidos a CM} \times 100}{\text{Número total de pacientes en CM}}$ <p>Este indicador permitiría fijar un estándar o valor máximo (p.ej. 10%)</p>	<p>Para poder realizar comparaciones entre centros y/o comunidades, es conveniente que estos indicadores se calculen con base poblacional, en relación a la población de referencia sectorizada de los centros evaluados. Así, en la Tabla 3 se proponen dos indicadores adicionales con base poblacional que pueden facilitar la comparación y el benchmarking entre centros y/o comunidades en relación a los resultados de estrategias de “contenciones cero”.</p>

Tabla 3. Indicadores básicos de gestión de la contención mecánica en base poblacional.

<p>1. Tasa de Ingresos psiquiátricos agudos por cada 10.000 usuarios</p>	<p>Observaciones:</p>
<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Número de total de ingresos psiquiátricos} \times 10.000 \text{ habitantes y año}}{\text{Número total de habitantes}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Se calcula para un periodo determinado, generalmente anual. • Está relacionado con la disponibilidad y accesibilidad de la estructura de hospitalización psiquiátrica de agudos • Permite comparar la evolución de los ingresos psiquiátricos agudos por áreas de referencia y con unidades o países
<p>2. Tiempo medio de CM (en horas año) por 1.000 habitantes</p>	<p>Observaciones</p>

<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Tiempo total de CM de todos los pacientes (horas año) x 1000 habitantes}}{\text{Número total de pacientes en contención anual}}$	<ul style="list-style-type: none"> Proporciona información sobre el seguimiento y las intervenciones que se realizan durante la contención para retirarlas lo antes posible en todo un territorio de referencia, comunidad o país
---	--

Para una correcta utilización de estos indicadores de base poblacional debe considerarse la información sobre recursos hospitalarios disponibles, especialmente la capacidad instalada de camas de hospitalización psiquiátrica de corta y media estancia, que nos daría información de la accesibilidad real a la hospitalización. Disponer de un mayor número de indicadores, como se propone en algunos de los protocolos consultados, requiere la existencia de un formulario de CM integrado en los registros clínicos electrónicos que se puedan cumplimentar con facilidad en las condiciones de la asistencia en urgencias, muchas veces a cargo de enfermeras generalistas.

Si se dispone de este formulario electrónico integrado de CM, se recomienda su implementación, especialmente en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en las urgencias psiquiátricas, en las que el personal de enfermería debería estar entrenado en la aplicación de medidas preventivas, así como en el seguimiento y monitorización adecuados del protocolo de CM. De otra manera, la evaluación de los indicadores solo podrá realizarse mediante un procedimiento más costoso de auditoría de historias clínicas.

En la Tabla 4 se relacionan algunos indicadores que podríamos considerar de excelencia en la gestión de la calidad del protocolo de CM.

Tabla 4. Indicadores de excelencia para la gestión de la calidad de la CM.

1. Tasa de CM con orden médica y de enfermería cumplimentadas.
2. Tasa de complicaciones graves asociadas a la CM (% de pacientes que han sufrido alguna complicación seria asociada a la CM).
3. Porcentaje de CM que tienen una duración superior a las 24 horas, a 3 días y a 5 días, en relación con el total de episodios de CM aplicados en un periodo determinado (anual, trimestral, anual).
4. Porcentaje de episodios CM con registros cumplimentados en menos del 80% de los ítems.
5. Porcentaje de episodios de CM que se resuelven en menos de 2 horas.
6. Porcentaje de episodios de CM en los que se retira antes de 6 a 12 horas.
7. Porcentaje de pacientes en los que se aplica la CM en los que se ha realizado una información adecuada incluyendo a los familiares o tutores legales.
8. Porcentaje de pacientes en los que se aplica la CM que disponen de un documento de voluntades anticipadas que contempla la elección del tratamiento y el nivel asistencial en el que se aplica, así como las medidas excepcionales como la propia CM.

Evaluación de agentes externos

Establecer mecanismos evaluativos claros, en la implementación y seguimiento fortalecen las decisiones y cobran su legitimidad. Por ello, nos parece que la constitución de una comisión de seguimiento con agentes externos favorece la transparencia, el compromiso, y la participación de todas las partes y de la sociedad,

En este sentido, advertimos que la implementación, seguimiento y registro de un protocolo de CM, exige un esfuerzo continuado y sistemático y eje de la gestión de los centros hospitalarios, y de las políticas públicas a favor de los derechos de las personas, acompañados de otras medidas integradoras e inclusivas para mayor sinergia con los objetivos propuestos.

Propuestas concluyentes:

1.

El

desarrollo de dispositivos alternativos a la hospitalización de los usuarios mediante "Alternativas a la coerción basadas en la "comunidad" basados en: resolución de crisis (• alojamiento por la noche • una pequeña cantidad de camas • un ambiente hogareño • tratamiento intensivo) ; Casas de crisis o de relevo 'gestionadas por pares' (ofrecen una alternativa residencial de menor escala para personas en crisis, a veces diseñadas para grupos específicos, y apoyados por los centros de salud mental), los refugios seguros (por ejemplo, Alyssum en Vermont con dos camas, se abren durante la noche, como un lugar de apoyo para que pueda ir durante varias horas durante una crisis, pero generalmente no proporcionan un lugar para dormir o vivir); Apoyos en el hogar y Residencia comunitaria terapéutica. (Por ejemplo, de esta última, tenemos Soteria para la prevención de la hospitalización. Se han fundado 242 instalaciones de Soteria en los Estados Unidos y son pequeños entornos residenciales para responder a las personas que experimentan psicosis. Existen instalaciones similares en Suiza, Alemania, Suecia, Budapest y Dinamarca. O la Cedar House, en Boulder, Colorado. Es una residencia de 15 camas que funciona como una comunidad terapéutica que da responsabilidad a los "huéspedes" cuya estancia no supera los 10-15 días. Cedar House ha estado funcionando durante 30 años en el sistema público y con un costo de la mitad que la atención hospitalaria. O contención desde los centros comunitarios de salud mental (como ocurre en Trieste durante un período de cuatro años, informaron que `` se evitaron las hospitalizaciones voluntarias y obligatorias en favor de una jornada de corta duración y apoyo nocturno en los [centros comunitarios de salud mental] ', y' no hubo suicidios, ni delitos, ni abandonos 'y' [el ajuste social] se mantuvo sin cambios '. Argumentan que "los servicios de salud mental en Trieste pueden hacer frente a crisis agudas sin hospitalización psiquiátrica. Las Familias de acogida: podría ser otra de las opciones, (Algunos planes proporcionan una estructura de apoyo familiar para las personas durante una crisis o como una forma de prevención de crisis. La Family Care Foundation de Suecia, por ejemplo, trabaja con "la vida en el hogar familiar, la psicoterapia y la terapia familiar"). Las políticas y programas de 'Vivienda Primero (Housing First)' son un ejemplo de cómo el apoyo para la vivienda se puede proporcionar de manera que respete la voluntad y la preferencia de una persona en lugar de basarse en el enfoque coercitivo de rechazar el apoyo para la vivienda de una

persona si no cumple con tratamiento de salud mental. Bajo algunas iteraciones del esquema, las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales que no tienen hogar reciben apoyo a través de una gestión intensiva de casos para mudarse a una vivienda regular, sin ningún requisito de que se adhieran a los planes de tratamiento (incluso cuando dicho tratamiento se ofrece).

2. Las alternativas comunitarias a la coerción se diseñarán de acuerdo a las demandas analizadas en cada isla y se incluirán de forma inmediata en las acciones de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, en su apuesta por los derechos humanos en salud mental.
3. Otras alternativas que podrían acompañar este proceso son: Planificación anticipada o Plan Conjunto de Crisis. Las 'directivas anticipadas psiquiátricas' y las declaraciones anticipadas son una forma de planificación anticipada legal, en la que una persona toma decisiones diseñadas para obligarse a sí mismo o dirigir a otros a la acción en el futuro, particularmente durante tiempos de crisis. Usar la defensa no legal para evitar la coerción mediante la participación de las organizaciones de usuarios y de autoayuda (la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) recomienda el programa 'PO Skåne' Sueco-una iteración del esquema de PO dirigido por personas que habían utilizado los servicios de salud mental como una forma de toma de decisiones con apoyo). Así mismo, Proporcionar enfoques de baja medicación y / o sin medicación: Los proveedores de servicios no deseen ayudar a los usuarios a reducir o discontinuar, pero los usuarios mantienen la discontinuación en secreto para los profesionales de la salud mental para evitar las consecuencias negativas percibidas, como las consecuencias involuntarias. Favorecer el cambio hacia un enfoque de discontinuación más colaborativo, transparente y orientado al usuario de servicios puede ayudar a mitigar algunos de los impactos negativos de discontinuación. Guiar a los sistemas y proveedores de atención médica para apoyar mejor la elección y la autodeterminación del paciente con respecto al uso y la interrupción de la medicación psiquiátrica. Es posible tratar con éxito a los pacientes con un primer episodio con "menos días de internación y menos medicación neuroléptica de lo que normalmente se recomienda, cuando se combina con tratamiento y apoyo psicosocial intensivo". O favorecer alguna opción sin medicamentos estén disponibles para personas en crisis.
4. Adicionalmente, es evidente seguir favoreciendo de la gestión individualizada de casos o de una atención asertiva comunitaria para pacientes con trastornos mentales graves, patología dual y personas

sinhogarismo. que también pueden contribuir a una reducción de la necesidad de hospitalización completa convencional. Así mismo, finalizar con las prácticas coercitivas en los alojamientos de vivienda y residencias, como puede ser, el uso de cámaras de grabación u otros procedimientos, como ocurre, en algunos lugares actualmente,

5. Al poder ocurrir que el conjunto de medidas disminuya la reclusión, pero aumente el uso de medicación forzada de antipsicóticos y benzodiazepinas, se debería monitorizar sus grados de prescripción.
6. Disponer en los servicios de urgencia de un lugar diseñado específicamente para pacientes que requieren la contención de algún riesgo, así como, dotado personal suficiente y formado en la especialidad, son elementos contextuales y condición necesaria para reducir las contenciones físicas. Proporcionar entornos adecuados es tan imprescindible como el desarrollo de unas buenas prácticas profesionales.
7. Desarrollo de estrategias relacionales no invasivas, mediante la formación de los profesionales en sesiones de formación semanales de una hora utilizando ejemplos de casos de sala sobre cómo manejar el riesgo. Además de la 'identificación temprana de conductas de riesgo. Incluidas estrategias de desvío y persuasión, el uso consciente del lenguaje, diferentes tipos de flexibilidad y atención personalizada.
8. El acompañamiento familiar durante la CM es difícil de protocolizar porque cada caso necesita ser valorado cuidadosamente, ya que puede estar de muy indicado a totalmente contraindicado. La indicación al respecto se hará tras una valoración conjunta entre el/la facultativo/a y el equipo de enfermería, contemplando todas las variables e informando posteriormente a paciente y familia.
9. La gestión de calidad de cualquier protocolo es esencial, es lo que le da sentido, no el protocolo en sí mismo. Es imprescindible que se registren y se monitorice su aplicación de forma regular para evaluar cualitativa y cuantitativamente el procedimiento de CM.
10. En este sentido somos partidario de una evaluación regular de los indicadores básicos (Tabla 2) y de excelencia (Tabla 4) de la CM está encaminada facilitar estrategias de mejora en su aplicación y en su reducción progresiva, mediante el establecimiento de objetivos anuales, con participación de entidades externas o profesionales ajenos al propio hospital.
11. El disponer de indicadores de gestión de la calidad de la CM con base poblacional (Tabla 3) puede permitir además la comparación

adecuada y el benchmarking con otros centros, comunidades y países.

12. En el seguimiento y desarrollo del protocolo de CM en salud mental participará un órgano externo a los propios servicios formado con un representante del defensor diputado del común, de asociaciones de profesionales y de usuarios y familiares. Al menos se reunirán una vez al año, en cada isla, donde se presentará informe en base a los indicadores señalados. Se mantendrá informado a esta comisión cada trimestre pudiéndose convocar una reunión extraordinaria

Canarias a 11 de Enero 2021.

Junta Directiva ACN